



Pflegerische Interventionen bei Substanzentzug im Akutspital

Streicher, Michelle
17667825

Larsen, Deborah
17667601

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: BA.PF17
Eingereicht am: 28.04.2020
Begleitende Lehrperson: Ruhmann, Doris

**Bachelorarbeit
Pflege**

Abstract

Darstellung des Themas: Schweizweit wurden 2017 12.2% der Bevölkerung hospitalisiert, 0.92% (2013: 0.83%) aufgrund einer substanzbedingten Störung (Bundesamt für Statistik, 2019b). Im europäischen Vergleich ist der Kokain-, Ecstasy- und Crystal-Meth-Konsum in Schweizer Städten sehr hoch. Von 2015 bis 2017 verdoppelte sich der Kokainkonsum in Zürich (Lahrtz, 2018). Akutspitäler werden folglich zunehmend mit substanzabhängigen Personen konfrontiert. Pflegerische Interventionen zur Linderung von Entzugssymptomen werden unbedingt benötigt.

Ziel: Pflegerische Interventionen zur Linderung von im Akutspital auftretenden Entzugssymptomen ermitteln.

Methode: Mittels systematisierter Literaturrecherche in fünf Datenbanken vom 07.2019 bis 02.2020 wurden fünf Fachartikel und sechs quantitative Studien gefunden.

Relevante Ergebnisse: Ohrakupressur und integrative Meditation verringern Entzugssymptome und verbessern Behandlungsretentionsraten. Assessmentinstrumente, Kunsttherapie, Musiktherapie, Bewegung, Kommunikationstechniken und Umgebungsgestaltung zeigen ebenfalls einen positiven Effekt. Substanzmittelabhängige Personen profitieren von einer professionellen Beziehungsgestaltung durch Pflegende. Behandlungsverträge sind hingegen kontraproduktiv. Pflegende und Gesundheitsinstitutionen fühlen sich unzureichend für die Behandlung gerüstet. Zum Beleg der Wirksamkeit der Interventionen wird mehr Forschung benötigt.

Schlussfolgerungen: Es existieren kostengünstige, effektive und praktikable Ansätze pflegerischer Interventionen. Pflegende spielen bei der Betreuung im Akutspital eine entscheidende Rolle, sollten aber im Umgang mit dieser Patientengruppe durch Sensibilisierung, Aus- und Fortbildung gestärkt werden.

Keywords: nurse, nursing, substance addiction, substance abuse, withdrawal symptoms, abstinence phenomenon, abstinence symptom, intervention, strategy

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
1 Einleitung	1
1.1 Begründung der Themenwahl	5
1.2 Zielsetzung und Fragestellung	6
2 Erläuterung zentraler Begriffe	6
2.1 Sucht	6
2.2 Substanzgebundene Sucht	7
2.3 Entzugssymptomatik und Entzugssyndrom	7
2.4 Craving	8
2.5 Substitution	8
2.6 Trigger	8
2.7 Delirium tremens	8
2.8 Gebräuchlichste Substanzen	9
3 Theoretischer Hintergrund	12
4 Methode	14
4.1 Literaturrecherche	14
4.2 Beurteilung der Literatur	18
5 Ergebnisse	19
5.1 Ansprechen des Konsumereignisses	23
5.2 Motivierende Interviews	24
5.3 Beziehungsaufbau	25
5.4 Assessment zur Risikoabschätzung	26
5.5 Erkennen des Alkoholkonsums	27
5.6 Symptombasiertes Entzugsprotokoll	29
5.7 Kunst und Musik	30
5.8 Ohrakupressur und integrative Meditation	31
5.9 Krafttraining	33
5.10 Aerobic	34
5.11 Stationärer Drogenkonsum	36
6 Diskussion	37
6.1 Kommunikation und Beziehungsaufbau	38
6.2 Assessment und Umgebungsgestaltung	39

6.3 Alternativmedizinische Ansätze	40
6.4 Bewegung.....	41
6.5 Stationärer Drogenkonsum	41
6.6 Stärken und Schwächen dieser Arbeit	42
6.7 Praxistransfer.....	42
7 Schlussfolgerung.....	44
Literaturverzeichnis	45
Abbildungsverzeichnis	48
Tabellenverzeichnis	48
Wortzahl	49
Danksagung	49
Eigenständigkeitserklärung.....	49
Anhang	50
Suchhistorie	50
CIWA-Ar Tabelle vom Universitätsspital Basel	52
CAGE Fragebogen	54
Zusammenfassungen der Studien mit Hilfe der AICA Hilfstabelle	54
Kritische Würdigung der Studien.....	65
Zusammenfassungen der Fachartikel	76
Kritische Würdigung der Fachartikel nach CASP	80

1 Einleitung

Laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung raucht 27 % der Schweizer Bevölkerung. 3 % der Befragten gaben an, im letzten Monat Cannabis konsumiert zu haben und 250'000 Personen sind alkoholabhängig. Die genaue Erfassung von Konsumenten illegaler Substanzen wie beispielsweise Kokain oder Heroin per Befragung ist schwierig, da viele den Konsum nicht zugeben (Sucht Schweiz, 2019; Bundesamt für Statistik, 2019a). Laut Abwasseruntersuchungen ist Zürich von 56 untersuchten europäischen Städten die Stadt, mit dem höchsten Kokainkonsum im Jahr 2017. Über die ganze Woche gesehen liegt Zürich hinter Barcelona auf Platz zwei. In dieser Untersuchung schafften es vier weitere Schweizer Städte (St. Gallen, Genf, Basel und Bern) ebenfalls in die ersten zehn der europäischen Städte, bei denen das Abwasser analysiert wurde. In Zürich werden gemäss Abwasserdaten in der Woche durchschnittlich 934 Milligramm Kokain pro Tag pro 1000 Personen eingenommen, am Wochenende mehr als 1100 Milligramm. Von 2015 bis 2017, also in nur zwei Jahren, hat sich der Kokainkonsum in Zürich verdoppelt. Auch beim Konsum von Ecstasy gehören die Städte Zürich und Genf zu den zehn Städten Europas, in denen am meisten konsumiert wird. Beim Konsum von Crystal Meth ist Zürich in Europa auf Platz zwölf (Lahrtz, 2018).

Der Konsum von den oben genannten und diversen weiteren gesundheitsschädigenden und illegalen Suchtmitteln kann zum Beispiel aufgrund von unerwünschten Nebenwirkungen, Spätfolgen oder Intoxikationen zu Spitalaufenthalten führen.

Beispielsweise der Kokainkonsum kann unter anderem zu Sehstörungen, neurologischen Störungen, Leberschäden, Schleimhautverätzungen oder allgemeiner Abwehrschwäche führen (Nagel, 2016). Der Konsum von Cannabis, der in der Schweiz am häufigsten konsumierten illegalen Substanz, kann zu Atemwegserkrankungen führen und den Ausbruch einer Psychose begünstigen (Sucht Schweiz, 2013). Der langfristige Konsum von Methamphetaminen, zum Beispiel Crystal Meth, kann zu Depressionen, Hautentzündungen (sogenannten Speedpickeln), Zahnausfall oder Nieren- und Lungenschäden führen (Arbeitsgruppe DRUGS 04, 2020).

Hierbei wurden erst drei der gängigen gesundheitsschädigenden Suchtmittel und einige ihrer möglichen gesundheitlichen Folgen genannt. In Tabelle 1 sind hierzu die gebräuchlichsten Substanzen aufgelistet.

Tabelle 1:

Gebräuchlichste Substanzen (Fleckenstein, 2017)

Name	Hauptwirkstoff
Alkohol	Ethanol
Tabak	Nikotin
Cannabis	Tetrahydrocannabinol (THC), Cannabidiol (CBD)
Kokain	Benzoyllecgoninmethylester
Heroin	Diacetylmorphin
Speed	Koffein, Amphetamin
Crystal Meth	Methamphetamin

Laut dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (2019) wurde 2017 0.92 % der Schweizer Bevölkerung aufgrund oder im Zusammenhang mit einer substanzbedingten Störung hospitalisiert. Diese Zahl ist seit 2013 jedes Jahr gestiegen. Damals wurde erst 0.83 % der Bevölkerung wegen einer substanzbedingten Störung hospitalisiert. Zwei Jahre später, 2015, betrug diese Zahl bereits 0.87 %. Zum Vergleich: Schweizweit wurde im Jahr 2017 12.2 % der Bevölkerung hospitalisiert. Die häufigsten substanzbedingten Spitalaufenthalte kamen im Jahr 2017 bei Abhängigkeitssymptomen (0.6 %) vor, gefolgt von schädlichem Gebrauch von Substanzen (0.27 %) (Bundesamt für Statistik, 2019b). Unter schädlichem Gebrauch einer Substanz versteht man ein Konsumverhalten, welches negative Folgen für die Gesundheit hat. Diese Gesundheitsschädigungen können physisch sein, wie zum Beispiel durch eine Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus nach einer Injektion mit einer kontaminierten Kanüle. Sie können aber auch psychisch sein, wie Psychosen nach Cannabiskonsum (Dilling & Freyberger, 2019). Die Rate der akuten Intoxikationen, die mit einem Spitalaufenthalt verbunden sind, lag 2017 bei 0.12 % und die Rate der Entzugssyndrome bei 0.05 % der Schweizer Bevölkerung (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2019). Aufgrund des schweizweiten steigenden Konsums diverser Substanzen kann angenommen werden, dass die Zahl bis heute weiter gestiegen ist. Die aufgeführten aktuellen Zahlen verdeutlichen, dass Schweizer Akutspitäler oft mit

substanzabhängigen Patienten und Patientinnen konfrontiert werden und somit entsprechende Interventionen einleiten müssen.

Nebst den substanzbedingten Spitalaufenthalten kann Abhängigkeit auch als Nebendiagnose zu einer Herausforderung werden. Eine Hospitalisation kann die Substanzeinnahme einer abhängigen Person erschweren oder verunmöglichen. Dies kann zu akuten Entzugssymptomen führen, die wiederum den Spitalaufenthalt erschweren und verlängern können (Maschke, 2015). Ein Tag Spitalaufenthalt kostet durchschnittlich 1'576 Franken (Jahr 2011), wobei es sich um einen Durchschnitt der günstigsten (wie zum Beispiel gesunde Neugeborene) und den teuersten Patienten und Patientinnen (wie zum Beispiel bei einer Herzoperation) handelt (Wittwer, 2013). In Anbetracht der Entwicklung der Gesundheitskosten seit 2013 kann davon ausgegangen werden, dass sich diese Zahlen seither noch erhöht haben. Sollten pflegerische Interventionen bei Entzugssymptomen zur Verkürzung von Spitalaufenthalten beitragen, würde dies eine erhebliche Senkung der Gesundheitskosten bewirken.

Im Optimalfall wird eine möglicherweise auftretende oder bereits vorhandene Entzugssymptomatik durch die Anamnese schnell entdeckt (Füessl & Middeke, 2018, S. 43–46). Die Anamnese wird in der Regel in den ersten 24 Stunden nach Eintritt des Patienten oder der Patientin durchgeführt. Bei geplanten Operationen wird die Anamnese meist schon vor Eintritt ins Akutspital erhoben und bei ungeplanten Operationen falls möglich vor der Operation. Meist wird die Anamnese bezüglich Substanzen sehr kurzgehalten und mit Fragen zum Nikotin- und Alkoholkonsum abgedeckt. Diese Fragen gehören zu den schwierigen Themen einer Anamnese und der Patient oder die Patientin versucht eine Abhängigkeit häufig zu verbergen (Füessl & Middeke, 2018, S. 43–45). Fällt in den ersten 24 Stunden nach Eintritt des Patienten oder der Patientin auf der Abteilung viel Arbeit an, kann es sein, dass die Anamnese in dieser Zeit nicht durchgeführt werden kann. Bei notfallmässigen Eingriffen oder bei Personen, die beim Spitaleintritt nicht ansprechbar waren, kann nur eine Fremdanamnese gemacht werden. In diesem Fall wird die Anamnese mit Angehörigen oder Bezugspersonen durchgeführt (Huch & Jürgens, 2015, S. 46). Diese sind möglicherweise nur ungenau oder sogar überhaupt nicht über das Suchtverhalten der zu behandelnden Person informiert.

Wird eine Substanzabhängigkeit entdeckt, müssen die Betroffenen medikamentös eingestellt werden. Entweder wird, wie etwa beim Alkoholentzug, eine Entzugssymptom lindernde medikamentöse Behandlung begonnen. Möglicherweise erfolgt aber auch eine Substitutionsbehandlung, wie beispielsweise bei einer Opioidabhängigkeit. Die Dosierung der legalen medikamentösen Ersatztherapie des Suchtmittels hängt davon ab, wie viel die betroffenen Personen vorher konsumiert haben. Dies ist nicht immer leicht einzuschätzen. Das genaue Erfassen der Abhängigkeit, das Festlegen des Medikaments und das Dosieren der medikamentösen Ersatztherapie ist zeitaufwändig (Bundesamt für Gesundheit, 2013; Schwewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2012, S. 1149). Wenn die betroffenen Personen in dieser Zeit bereits keinen Zugang mehr zu den Suchtmitteln haben, können, abhängig von der Substanz und der gewohnten Dosierung, bereits Entzugsserscheinungen auftreten. Beispielsweise können bei einem Kokainentzug Symptome wie depressive Verstimmung, schlechte Stimmung, mangelnde Energie und ein grosses Schlafbedürfnis (Crash) auftreten (Nagel, 2016).

Teilen Betroffene ihre Substanzabhängigkeit dem medizinischen Personal nicht mit, beispielsweise aus Scham oder weil es sich um illegale Substanzen handelt, kann es zu einem kalten Entzug kommen. Ein kalter Entzug ist das abrupte vollständige Absetzen einer Substanz, wobei mit starken Entzugssymptomen zu rechnen ist (Posmyk, 2019). Das plötzliche vollständige Absetzen einer Substanz kann schwerwiegende Folgen haben. Beispielsweise kann es bei einem kalten Entzug von Alkohol (Ethanol) zu einem Delirium tremens kommen, welches tödlich enden kann (Maschke, 2015).

Das Erkennen und Behandeln einer akuten Entzugssymptomatik ist daher essenziell. Mit Interventionen zur Linderung von Entzugssymptomen können die Pflegefachpersonen möglicherweise zum Wohlbefinden der Betroffenen und zur Verkürzung von substanzbedingten Spitalaufenthalten beitragen.

Pflegefachpersonen haben im Akutspital häufig am meisten Patientenkontakt und stellen daher wichtige Bezugspersonen dar. Patienten und Patientinnen mit akuter Entzugssymptomatik könnten daher von pflegerischen Interventionen zur Linderung der Entzugssymptomatik stark profitieren.

Literatur zum medikamentösen Substanzentzug, zum Substanzentzug in der Langzeitpflege, in Entzugskliniken oder Psychiatrie ist reichlich vorhanden. Literatur

zu pflegerischen Interventionen zur Linderung der Entzugssymptomatik, die sich an das Pflegefachpersonal in Akutspitälern richtet, ist jedoch kaum auffindbar.

Die dargelegten Fakten zeigen klar auf, dass die Beschäftigung mit pflegerischen Interventionen bei Substanzentzug im Akutspital sowohl die Senkung der Gesundheitskosten als auch das Wohlbefinden von Patienten und Patientinnen und des Pflegepersonals begünstigen kann. Somit ist eine Auseinandersetzung mit der Thematik für alle Angestellten im Bereich Pflege im Akutspital von Bedeutung.

1.1 Begründung der Themenwahl

Wie in der Einleitung veranschaulicht, betrifft das Thema Sucht einen grossen Teil der Schweizer Bevölkerung. Persönlichen Erfahrungen zufolge sind Handlungsstrategien für die Pflege von Personen mit Entzugssymptomatik für das Akutspital wenig ausgeprägt. Die Pflegefachpersonen im Akutspital fühlen sich im Umgang mit von Entzugssymptomatik betroffenen Patienten und Patientinnen häufig überfordert und machtlos (Schwewior-Popp et al., 2012, S. 1148). Laut Stewart, Warren, Odubanwo & Bowers (2015), mangelt es den Pflegefachpersonen an nötigem Wissen und Selbstvertrauen im Umgang mit substanzabhängigen Personen. Neben Überforderung und Machtlosigkeit könnte das Pflegepersonal auch negative Gefühle und Vorurteile gegenüber betroffenen Patientinnen und Patienten hegen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich alle Pflegefachpersonen bei der Ausübung ihrer Profession am unten aufgeführten Auszug aus dem Ethikcodex für Pflegende des ICN (International Council of Nurses) orientieren, weshalb in dieser Bachelorarbeit nicht auf diesen möglichen Teilaspekt eingegangen wird. In der Präambel des ICN-Ethikcodex für Pflegende (International Council of Nurses (ICN), 2010) heisst es:

Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt. (S.1)

1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Ziel dieser Bachelorarbeit ist das Ermitteln von im Akutspital anwendbaren pflegerischen Interventionen für Patienten und Patientinnen, welche akut einen Substanzentzug mit Entzugssymptomen durchmachen und die noch keine Ersatztherapie oder Substitution erhalten. Diese Interventionen sollen es dem Pflegefachpersonal ermöglichen, Entzugssymptome betroffener Personen zu lindern und damit zur Verbesserung ihres Wohlbefindens beizutragen.

Aus der formulierten Zielsetzung ergibt sich folgende Fragestellung:

Welche pflegerischen Interventionen werden in der Literatur zur Unterstützung erwachsener Patienten und Patientinnen mit einem akuten Substanzentzug, die in einem Akutspital hospitalisiert sind, beschrieben?

2 Erläuterung zentraler Begriffe

In den folgenden Unterkapiteln sind Begriffserläuterungen aufgeführt. Es handelt sich dabei um Definitionen und Erklärungen der zentralen Begriffe, die für das Verständnis der vorliegenden Bachelorarbeit erforderlich sind.

2.1 Sucht

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte Sucht im Jahr 1957 (Randegger, 2016) wie folgt:

Sucht ist ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge und gekennzeichnet durch die vier Anzeichen:

1. Ein unwiderstehliches Verlangen, etwas Bestimmtes immer wieder zu tun oder zu konsumieren
2. Seelische und/oder körperliche Abhängigkeit vom Suchtmittel
3. Eine Tendenz die Dosis zu steigern
4. Das Auftreten von Entzugerscheinungen (S.7)

Nebst substanzgebundenen Süchten gibt es auch noch verschiedene Verhaltenssüchte wie zum Beispiel die Magersucht (Anorexia nervosa). Da die Behandlung aller Süchte für die Bachelorarbeit zu umfangreich wäre, wird nur auf die Substanzabhängigkeit eingegangen.

2.2 Substanzgebundene Sucht

Die Abhängigkeit von bestimmten Substanzen wird als substanzgebundene Sucht bezeichnet. Diese ist bestimmt durch ein Verlangen oder ein Bedürfnis, diese Substanz wiederholt zu konsumieren (Schwewior-Popp et al., 2012, S. 1148–1149).

2.3 Entzugssymptomatik und Entzugssyndrom

Nach einem absoluten oder relativen Entzug von einer psychotropen Substanz, die über längere Zeit regelmässig konsumiert worden ist, kann es zu diversen, unterschiedlich starken Symptomen kommen. Diese Symptome nennt man zusammengefasst Entzugssyndrom. Es hängt von der zuvor konsumierten Substanzart und der Dosis ab, zu welchem Zeitpunkt das Entzugssyndrom auftritt und wie lange es dauert. Dabei kann es zu symptomatischen zerebralen Krampfanfällen kommen, die das Entzugssyndrom verkomplizieren (Dilling & Freyberger, 2019; Schwewior-Popp et al., 2012, S. 1149).

Die diagnostischen Kriterien eines Entzugssyndroms aus dem ICD-10 International Classification of Diseases (Dilling & Freyberger, 2019) lauten wie folgt:

(...)- Nachweis des Absetzens oder Reduzierens einer Substanz, nach wiederholtem Konsum dieser Substanz, der meist langanhaltend und/oder in hoher Menge erfolgte.

(...)- Symptome und Anzeichen, die den bekannten Merkmalen eines Entzugssyndroms der betroffenen Substanz(en) entsprechen.

(...)- Die Symptome und Anzeichen sind nicht durch eine vom Substanzgebrauch unabhängige körperliche Krankheit zu erklären und nicht besser auf eine andere psychische oder Verhaltensstörung zurückzuführen.

(S.79)

2.4 Craving

Eines der Hauptsymptome der Abhängigkeit ist das Craving. Der englische Begriff Craving bedeutet übersetzt «heftiges Verlangen» oder «Begierde». Im Zusammenhang mit dem Konsum von Suchtmitteln beschreibt Craving das heftige Verlangen nach der Einnahme von Suchtmitteln oder der Wirkung von Suchtmitteln. Es handelt sich also umgangssprachlich um den «Suchtdruck» (Scherbaum, 2016).

2.5 Substitution

Die Substitution ist eine medikamentöse Ersatztherapie. Beispielsweise bei Heroinsucht wird die Substitution häufig in Form von legalen Opioiden oral verabreicht. Dies steigert die Lebensqualität der Personen mit einer Heroinabhängigkeit und führt zu einer kontrollierten Abhängigkeit, welche von Fachpersonen therapeutisch begleitet wird. Es gibt nicht für alle Substanzen die Möglichkeit einer Substitution (Scherbaum, 2016, S. 142).

2.6 Trigger

Das Wort Trigger beschreibt in der Psychologie einen auslösenden Reiz (Wermke, Kunkel-Razum & Scholze-Stubenrecht, 2004, S. 980). Im Zusammenhang mit der Substanzabhängigkeit wird der Begriff verwendet, um eine Situation zu beschreiben, welche die betroffene Person mit dem Konsum assoziiert. Trigger können zum Beispiel Orte, Bilder, Farben oder Personen sein (Saferparty, 2018).

2.7 Delirium tremens

Wird ein kalter Alkoholentzug durchgeführt, so führt dies in 5 % zu einem Delirium tremens. Bei einem Delirium tremens kommen zu den vorhandenen Entzugssymptomen eine Orientierungslosigkeit in allen vier Qualitäten (bezüglich Person, Zeit, Ort und Situation) und/oder Halluzinationen und psychomotorische Hyperaktivität hinzu. Wenn eine vegetative Entgleisung und/oder generalisierte

Krampfanfälle auftreten, muss der Patient oder die Patientin intensivmedizinisch behandelt werden. Die Mortalität bei einem Delirium tremens liegt bei 25 % (Batra & Bilke-Hentsch, 2016, S. 84).

2.8 Gebräuchlichste Substanzen

In diesem Kapitel werden die gebräuchlichsten Substanzen kurz beschrieben. Dabei wird auf den geschichtlichen Hintergrund, die Herstellung, die Wirkung auf den Menschen sowie auf die Entzugssymptome eingegangen. Dies ist nur eine kleine Auswahl der gängigsten illegalen und schädlichen Substanzen, welche konsumiert werden.

Alkohol (Ethanol)

In der Gesellschaft der Schweiz ist der Alkoholkonsum tief verankert. Die Schweizer Geschichte zeigt, dass in allen Epochen Alkohol produziert und konsumiert wurde. Doch auch in anderen Kulturen gehört der Alkohol schon lange zu den Nahrungs-, Heil-, und Genussmitteln. Der Trinkalkohol wird aus Früchten, Getreide oder Kartoffeln gewonnen und gehört zu den psychoaktiven Substanzen, deren Wirkung sehr schnell eintritt (Sucht Schweiz, 2018). Zu den Wirkungen gehören unter anderem Enthemmung, Risikobereitschaft, Sehschwierigkeiten, Konzentrationsverlust und bei höherer Konzentration Bewusstlosigkeit, Amnesie, Koma und Atemstillstand (SafeZone, 2020). Anfangs des 19. Jahrhunderts wurde in der Schweiz der Alkoholismus erstmals als Krankheit definiert. Doch schon früher beschäftigte sich die Wissenschaft mit der Frage, ob Alkoholkonsum schädlich ist. Zu den Folgen des Alkoholkonsums gehören zum Beispiel Organschädigungen, Krebserkrankungen, Verletzungen, Unfälle und Erkrankungen des Verdauungstraktes (Sucht Schweiz, 2018). Wie gravierend die Folgen für den Körper sind, hängt stark von der Konsummenge im Zusammenhang mit dem Körpergewicht, dem Geschlecht und Alter ab (SafeZone, 2020). Während einer Alkoholentgiftung kann es zu heftigen körperlichen Symptomen wie Tremor, Schwitzen, epileptischen Krampfanfällen und einem Delirium tremens kommen (Posmyk, 2019).

Tabak (Nikotin)

Der Tabak stammt ursprünglich aus Südamerika und wurde über Spanien nach Europa gebracht. Gewonnen wird der Tabak von der Tabakpflanze, welche seit dem 18. Jahrhundert in der Schweiz angebaut wird. Der wichtigste Wirkstoff des Tabaks ist das Nikotin, welches die Abhängigkeit verursacht (Sucht Schweiz, 2015). Neben dem Nikotin beinhaltet der Tabak noch ungefähr 7000 weitere chemische Stoffe (Lungenliga Schweiz, 2020). Die Wirkung des Nikotins äussert sich durch Wohlbefinden, Entspannung und eine verbesserte Konzentrationsfähigkeit (Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz, 2014). Früher war es üblich, die Pflanze zu schnupfen, zu kauen oder in einer Pfeife zu rauchen. Heute sind diese Formen noch immer üblich, dazu kommen noch die Zigaretten und der Snus. Erst im 20. Jahrhundert begann man, den Nikotinkonsum in Frage zu stellen. Zu den gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums gehören unter anderem Herz-Kreislaufkrankungen, Lungenerkrankungen, Krebs, eine verminderte Spermienqualität bei Männern und eine eingeschränkte Fruchtbarkeit bei Frauen (Sucht Schweiz, 2015). Die üblichen Entzugsserscheinungen von Nikotin sind schlechte Stimmung, Reizbarkeit, Konzentrationsschwäche und Craving (Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz, 2014).

Cannabis (Tetrahydrocannabinol [THC], Cannabidiol [CBD])

Cannabis wird aus dem Harz der weiblichen Hanfblüten gewonnen. Die heilende Wirkung dieser Blüte wird schon seit mehreren tausend Jahren in der Medizin genutzt und heute wieder vermehrt eingesetzt. Auch die berauschende Wirkung der Pflanze wurde schon früh beschrieben. Im 19. Jahrhundert kam der Cannabiskonsum vom Orient nach Europa. Bis heute wurden 60 verschiedene Cannabinoide im Harz der Pflanze nachgewiesen. Der Wirkstoff THC ist Hauptverursacher der psychoaktiven Wirkung. Cannabis wird häufig durch Inhalation des Rauches konsumiert, kann aber auch oral, beispielsweise in einem Gebäck oder als Öl, eingenommen werden. Regelmässiger Konsum kann zu schizophrenen Psychosen, kognitiven Defiziten und (durch das Rauchen) zu Lungenerkrankungen führen. Der Cannabiskonsum kann zu einer Abhängigkeit führen. Entzugssymptome sind beispielsweise Schlafstörungen, innere Unruhe, Reizbarkeit, starkes Schwitzen und verminderter Appetit (Scherbaum, 2016, S. 36–53).

Kokain (Benzoyllecgoninmethylester)

Kokain wird aus den Blättern des Kokabaumes gewonnen. Die chemische Isolation des Kokains gelang erstmals 1859. Kokain war im 19. Jahrhundert als Allerheilmittel bekannt und war Bestandteil verschiedener Süssgetränke. Zudem wurde es als Lokalanästhetikum und zu einem späteren Zeitpunkt als Substitutionsmittel bei Morphinabhängigkeit verwendet. Zu diesem Zeitpunkt wurde das Abhängigkeitspotential von Kokain entdeckt. Heute ist Kokain eine weit verbreitete Droge, die in allen Bevölkerungsschichten konsumiert wird. Es wirkt euphorisierend, enthemmend sowie libido- und vigilanzsteigernd. Zu den akuten Komplikationen gehören Krampfanfälle, Herzinfarkte und Hirnblutungen. Bei chronischem Konsum kann es zu Psychosen, Kachexie und Schädigungen der Nasenscheidewand kommen. Der Kokainkonsum kann nicht durch eine medikamentöse Ersatztherapie behandelt werden. Während des Entzugs kann es zu starkem Craving, Antriebsschwäche und depressiven Verstimmungen kommen (Scherbaum, 2016, S. 107–118).

Heroin (Diacetylmorphin)

Auf der Suche nach einem Schmerzmittel stiessen englische Chemiker 1874 erstmals auf das Diacetylmorphin im Schlafmohn. Die kommerzielle Produktion unter dem Namen Heroin begann 1898. Es wurde als Schmerzmittel und Mittel gegen zahlreiche Erkrankungen auf Morphinbasis ohne Suchtpotenzial angepriesen. Erst im Jahre 1920 wurde bekannt, dass Heroin ein sehr grosses Suchtpotenzial hat. Heroin kann auf drei verschiedene Arten konsumiert werden: oral, intranasal und intravenös. Durch reines Heroin sind keine toxischen Wirkungen auf den Körper bekannt. Injektionen, mangelnde Hygiene und psychische Folgen von Heroin verursachen meist die körperlichen Schäden. Heroin kann zwei bis vier Tage im Urin und Blut nachgewiesen werden. Sechs bis zehn Stunden nach dem letzten Konsum beginnt der Entzug, er dauert sieben bis zehn Tage. Der körperliche Entzug äussert sich durch grippeähnliche Symptome. Eine Heroinabhängigkeit wird häufig medikamentös mit einer Substitution von anderen Opiaten behandelt (Scherbaum, 2016, S. 91–99).

Speed (Amphetamine), Crystal Meth (Methamphetamine)

1887 wurde erstmals ein Amphetamin hergestellt. Zu den Amphetaminen gehören auch Methamphetamine. In der Medizin wurde es als Medikament gegen Schlafsucht und Fettleibigkeit verwendet. Studenten, Soldaten und Sportler nahmen es zur Leistungssteigerung und zur Überwindung der Müdigkeit ein. Bei den Amphetaminen handelt es sich um eine vollsynthetische Substanz. Die Narkolepsie und die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) werden heute noch mit amphetaminhaltigen Präparaten wie Ritalin® oder Concerta® behandelt. Bei Personen mit ADHS zeigt es eine paradoxe Wirkung und steigert die Konzentrationsfähigkeit. Es wird zwischen Amphetaminen und Methamphetaminen unterschieden, wobei die Wirkung von Methamphetaminen länger und intensiver ist. Amphetamine können oral, intravenös, intranasal oder durch Rauchen konsumiert werden. Amphetamine können ein bis drei Tage im Urin nachgewiesen werden. Bei chronischem Konsum können Psychosen, Gewichtsabnahme, kognitive Defizite, Herzerkrankungen und ein schlechter Zahnstatus auftreten. Zu den Entzugssymptomen gehören zum Beispiel depressive Verstimmungen, Panikattacken und Konzentrationsstörungen (Scherbaum, 2016, S. 22–35).

3 Theoretischer Hintergrund

Die vorliegende Arbeit wendet das Modell des «Evidence-based Nursing», kurz EBN, nach Rycroft-Malone et al. (2004) an. Das EBN ist «eine Denk- und Arbeitsrichtung, die problem- und handlungsorientiert von der konkreten Praxissituation ausgeht und ihre Entscheidungsfindung auf verschiedene Wissensquellen stützt» (Ullmann-Bremi und Roselip, 2015, S.1). Durch das Modell von Rycroft-Malone et al. (2004) kann die Fragestellung dieser Arbeit differenziert und detailliert beantwortet werden. Das Modell ist eine Hilfe zur Erkennung von Herausforderungen, die bei der Umsetzung der Interventionen in der Praxis auftreten können. Bei den im Zitat erwähnten Wissensquellen handelt es sich um die Forschung, die klinische Erfahrung, die Patientenexpertise und den lokalen Kontext. Diese Bereiche werden in den folgenden Abschnitten ausführlicher erläutert.

Forschung (research)

Die Forschung stützt sich vor allem auf wissenschaftliche Artikel, welche auf Studien basieren sollten, die nach wissenschaftlichen Kriterien gültig und verlässlich sind. Somit ist die Forschung die verlässlichste der vier Wissensquellen (Ullmann-Bremi & Roselip, 2015).

Klinische Erfahrung (professional knowledge/clinical experience)

Die klinische Erfahrung basiert auf Praxis- und Lebenserfahrungen der Pflegefachpersonen und ist oftmals intuitiv vorhanden. Sofern dieses Wissen weiterentwickelt, hinterfragt und mit wissenschaftlicher Literatur verknüpft wird, handelt es sich hierbei um die wichtigste Wissensquelle (Ullmann-Bremi & Roselip, 2015).

Patientenexpertise und Präferenzen (patient experience and preferences)

Die Expertise, Präferenzen, Ziele und Wünsche der betroffenen Person können durch deren Befragung und Beobachtung in Erfahrung gebracht werden. Angehörige können dabei ebenfalls miteinbezogen werden. Dabei haben Wertvorstellungen, Erfahrungen und Vorlieben einen starken Einfluss (Ullmann-Bremi & Roselip, 2015).

Lokaler Kontext (local data and information)

Hierbei handelt es sich um die Umgebungsbedingungen, in oder unter welchen die Intervention stattfindet, wie zum Beispiel die Gesundheitsinstitutionen, die Räumlichkeiten, das Know-how des interdisziplinären Teams, der Ausbildungsstand der Teammitglieder, das Dokumentationssystem oder die Kommunikation auf der Abteilung (Ullmann-Bremi & Roselip, 2015).

In Abbildung 1 ist das Zusammenspiel der vier Wissensquellen der patientenzentrierten, evidenzbasierten Pflege nach Rycroft-Malone et al. (2004) ersichtlich.

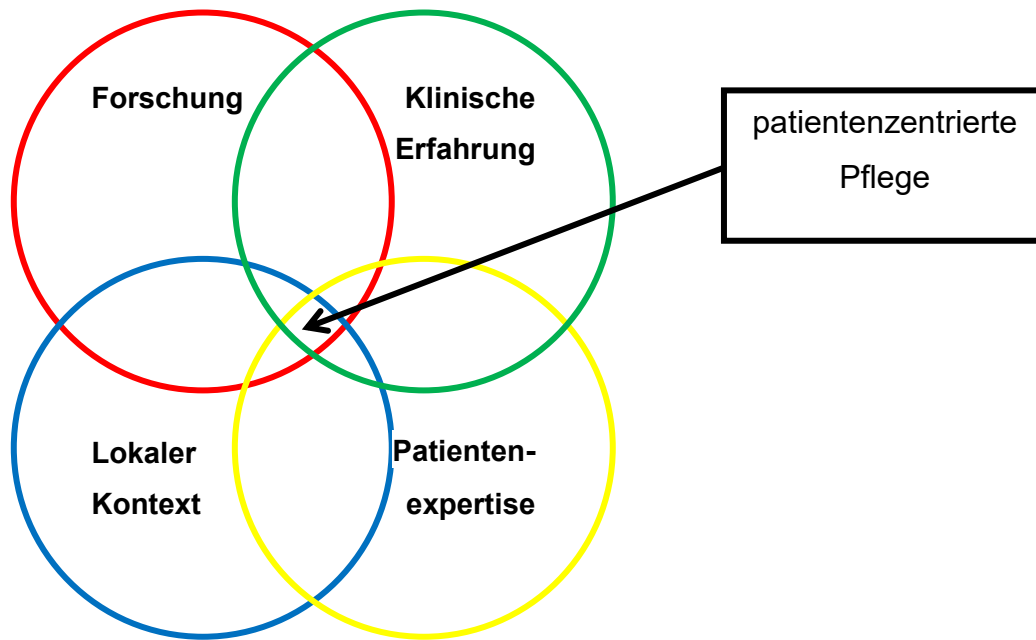


Abbildung 1: Eigene Abbildung in Anlehnung an Rycroft-Malone et al. (2004)

4 Methode

Diese wissenschaftliche Arbeit basiert auf einer intensiven Literaturrecherche. Dabei wurden die in den folgenden Kapiteln beschriebenen Auswahlkriterien berücksichtigt. Aufgrund der Kriterien wurden die im Literaturverzeichnis aufgeführten Studien und Fachartikel bearbeitet und kritisch in die Arbeit einbezogen.

4.1 Literaturrecherche

Zur Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit wurde eine systematisierte Literaturrecherche in den pflegerelevanten Datenbanken Medline, CINAHL, PsychInfo, PubPsych und PubMed mithilfe der unten aufgeführten Keywords (siehe Tabelle 2) durchgeführt. Durch eine Auseinandersetzung mit den bereits gefundenen Studien und Fachartikel wurde weitere für die Arbeit relevante Literatur zugänglich. Weitere Fachliteratur wurde mittels Nebis-Katalog im Buchbestand der Hochschulbibliotheken gesucht. Die Literaturrecherchen fanden zwischen dem 17.07.2019 und dem 12.02.2020 statt. Die detaillierte Suchhistorie ist im Anhang (Seite 50–51) dieser Arbeit ersichtlich.

Tabelle 2:

Keywords

Aspekte der Fragestellung	Keyword Deutsch	Keyword Englisch
Pflegefachperson	Pflege, pflegerisch	nurse, nursing
Substanzabhängigkeit	Sucht, Abhängigkeit	substance addiction, substance abuse
Entzugssymptome	Entzugserscheinung	withdrawal symptoms, abstinence phenomenon, abstinence symptom,
Interventionen	Strategie	intervention, strategy

Die Keywords wurden mit den Booleschen Operatoren «AND» und «OR» verbunden. In einigen der Datenbanken wurden zusätzlich Mesh Terms und Headings angewandt. Die Literaturrecherche wurde mit folgenden Limitationen (Tabellen 3 und 4) eingeschränkt:

Tabelle 3:

Einschlusskriterien

Einschlusskriterium	Begründung
Studien in deutscher und englischer Sprache	Verständnis der Autorinnen
Studien, welche sich auf Erwachsene beziehen	Eingrenzung des Themas
Interventionen, welche im Akutspital relevant sind	Eingrenzung des Themas

Tabelle 4:

Ausschlusskriterien

Ausschlusskriterium	Begründung
Studien bezüglich Kinder, Jugendliche und Neonatologie	Eingrenzung des Themas
Studien bezüglich Schwangerschaft oder Stillzeit Älter als 10 Jahre	Eingrenzung des Themas, Aktualität, Drogentrends verändern sich Ausnahme: Journalartikel aus dem Jahr 1999 «Motivational Interviewing», da sich Kommunikationstechniken nicht ändern

Die Limits wurden in der jeweiligen Datenbank eingegeben oder mit dem Booleschen Operator «NOT» verbunden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit richten sich an Pflegefachpersonen in Schweizer Spitälern, weshalb nur Studien und Fachartikel aus Ländern inkludiert wurden, die einen ähnlichen soziodemographischen Hintergrund wie die Schweiz aufweisen, wie zum Beispiel Kanada, USA, Italien oder Australien.

Die erzielten Treffer wurden anhand des Titels auf ihre Relevanz beurteilt. Bei den relevanten Treffern wurde anschliessend das Abstract durchgelesen und anhand dessen für die Arbeit ein- oder ausgeschlossen. Beim Lesen des Volltextes wurden weitere Studien und Fachartikel, welche inhaltlich nicht zum Thema der Arbeit passten oder keine signifikanten Ergebnisse lieferten, ausgeschlossen.

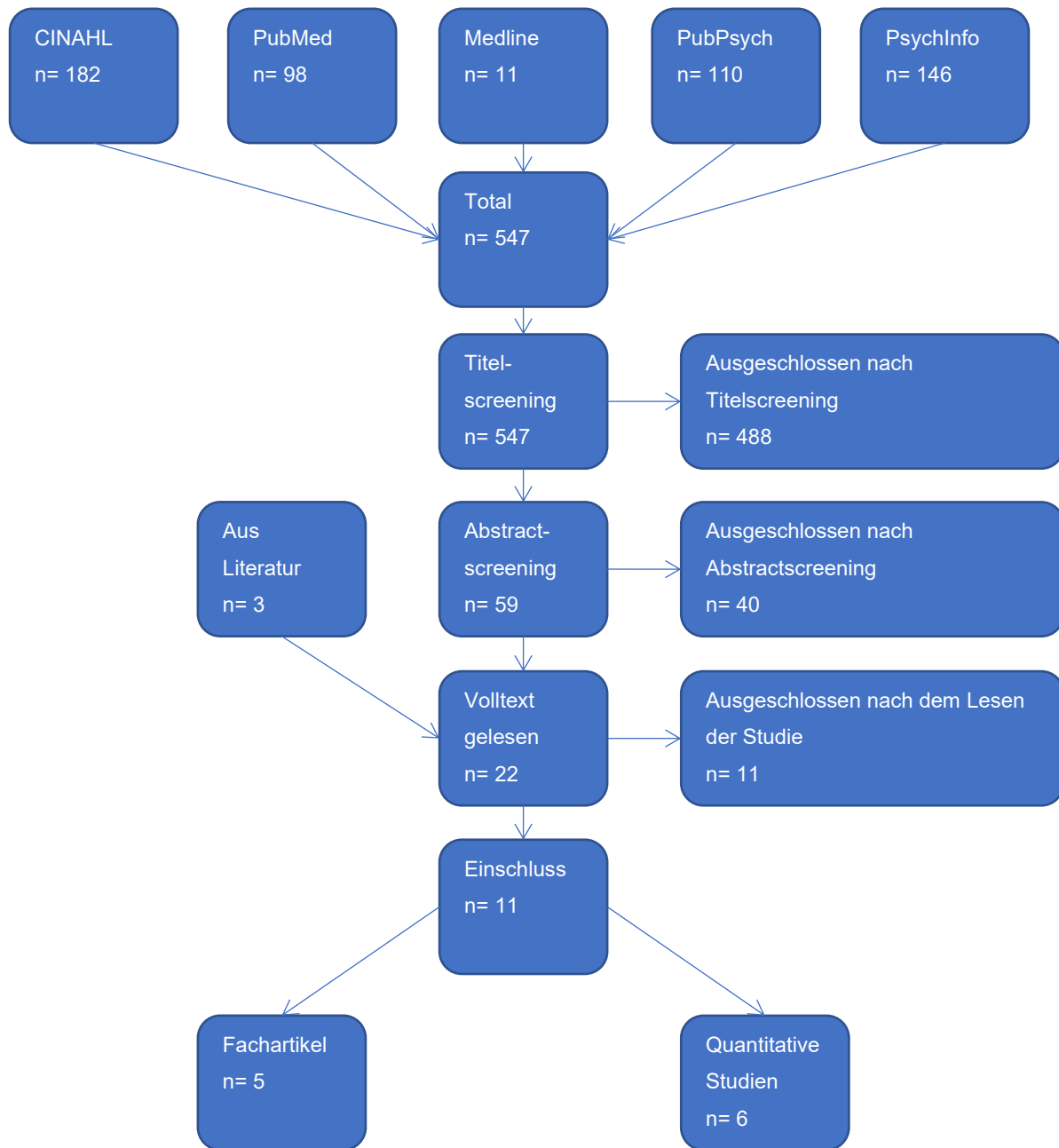


Abbildung 2: Flowchart vom Suchverlauf, eigene Abbildung

Sechs Studien und fünf Fachartikel wurden inkludiert (siehe Abbildung 2). Es wurden sechs Studien gefunden, die sich auf das Thema der Arbeit beziehen. Die inkludierten Fachartikel ergänzen und unterstützen die Aussagen der in die Arbeit eingeschlossenen Studien und wurden aus diesem Grund ebenfalls miteinbezogen.

4.2 Beurteilung der Literatur

Die in der Literaturrecherche gefundenen quantitativen Studien werden nach LoBiondo-Wood und Haber (2005) gewürdigt, indem der Fragenkatalog von LoBiondo-Wood und Haber (2005) beantwortet wird. Die Fachartikel wurden anhand der Fragen des Critical Appraisal Skills Programme (CASP) kritisch gewürdigt. Bei diesem Programm werden zehn Fragen zur Literatur beantwortet, die helfen, die Güte zu ermitteln (casp, 2018). Der Evidenzlevel wird anhand der 6s Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009) eingeschätzt. Die Literatur wird dabei in der 6s Pyramide eingeordnet, welche in Abbildung 3 ersichtlich ist. Die Ergebnisse der Studien und Fachartikel werden zusammengefasst und in der Bachelorarbeit kritisch diskutiert.

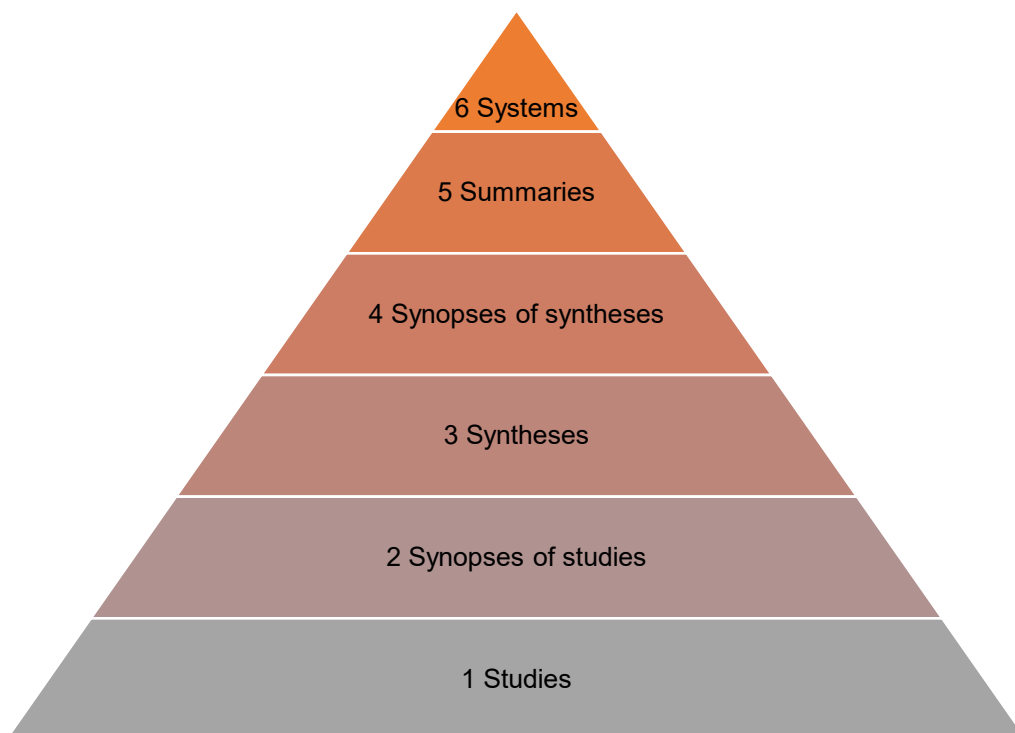


Abbildung 3: Evidenzlevelpyramide, eigene Abbildung angelehnt an DiCenso et al. (2009)

Im Diskussionsteil wird zudem ein Theorie-Praxistransfer der Ergebnisse dargestellt. Die Zusammenfassungen und die kritischen Würdigungen der Studien und Fachartikel befinden sich im Anhang dieser Arbeit (Seite 54–84).

5 Ergebnisse

Nachfolgend werden die zentralen Erkenntnisse aus der Literatur zur Bearbeitung der Fragestellung erläutert. Um die Studien und Fachartikel in den Kapiteln «Ergebnisse» und «Diskussion» leicht voneinander unterscheiden zu können, wurden sie nummeriert. Die Nummerierung der Studien und Fachartikel wurde anhand der Reihenfolge festgelegt, in welcher sie im Akutspital nach Eintritt eines Patienten oder einer Patientin verwendet werden könnten. Zur Vereinfachung wurden fünf Untergruppen erstellt und die Studien und Fachartikel den jeweiligen Untergruppen zugeteilt (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5:

Übersicht über die inkludierten Studien und Fachtexte

Kategorien	Autoren/ Autorinnen, Land	Genre	Evidenz- level	Ziel der Studie, Thema des Fachartikels	Signifikante Ergebnisse, relevante Aussagen
Kommunikation und Beziehungsaufbau	1 (Stewart, Warren, Odubanwo & Bowers, 2015) Land: England	Quantitative Studie	1	-Ermittlung Reaktionen der Pflegefachpersonen bei entdecktem Substanzkonsum -Messung der Häufigkeit des Substanzkonsums im psychiatrischen Setting -Ermittlung der klinischen Merkmale der Vorfälle	-2 % der Pflegenden führten ein beratendes Gespräch durch -häufige Reaktion: Sanktionierungen, Regelverschärfung, Aufforderung zum Konsum-Stopp und Auswirkungen des Konsums erläutern -Gelegenheit den Substanzmittelkonsum in unterstützender Form anzusprechen häufig nicht genutzt
	2 (Compton, Monahan & Simmons-Cody, 1999) Land: USA	Fachartikel	5	-aufzeigen der Strategien zur Durchführung von motivierenden Interviews -hervorheben von dessen Nutzen bei substanzabhängigen Personen -typische Stolpersteine in der Kommunikation mit substanzabhängigen Personen	-Suchtmittelkonsum kann durch motivierende Interviews reduziert oder gar gestoppt werden -mit Gesprächstechniken kann auf kritisches Konsumverhalten aufmerksam gemacht werden
	3 (Cannon et al., 2018) Land: USA	Fachartikel	3	-Instruktion von Gesundheitspersonal über den Umgang mit methamphetaminabhängigen Personen -hervorheben der Rolle der Pflege	-entscheidende Rolle des Pflegepersonals bei der Beziehungsgestaltung, was sich auf die Behandlung auswirkt -grosse Wichtigkeit der Haltung der Pflege gegenüber den Patienten und Patientinnen -Gesundheitspersonal muss die Patienten und Patientinnen emotional, physisch und psychisch unterstützen
Assessment	4 (Weinstein, Wakeman & Nolan, 2018) Land: USA	Fachartikel	5	-Aufzeigen von evidenzbasierten Screeningmethoden und Behandlungsmöglichkeiten substanzabhängiger Personen -Darstellung der Behandlungsprobleme	-Screeningmethoden als gute evidenzbasierte Instrumente zur Erkennung von Patienten und Patientinnen mit einer Abhängigkeitserkrankung -Beschreibung verschiedener Entzüge und verschiedener Konsumstörungen -Spitalaufenthalt als gute Möglichkeit zur Einleitung einer Suchtbehandlung

Assessment	5 (Donnelly, Kent-Wilkinson & Rush, 2012) Land: Kanada	Fachartikel	4	-Assessment und Identifikation von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit -Aufzeigen der Schwierigkeiten der Behandlung bei Alkoholabhängigen -Vorstellen geeigneter Interventionen	-Neurobiologie der Alkoholabhängigkeit -Beispiele pflegerischer Interventionen: gut beleuchteter Raum, ruhige/ beruhigende Umgebung, Unterstützung einer normalen Ernährung, regelmässige Überwachung, kurze Beratungsinterventionen, Planung für die weitere Pflege
	6 (Melkonian, Patel, Magh, Ferm & Hwang, 2019) Land: USA	Kohortenstudie	1	Feststellung, ob ein klinikweites, symptom-basiertes Alkoholentzugsprotokoll zu signifikanten klinischen Verbesserungen der Patientenergebnisse, der Sicherheit und der Effizienz des Krankenhauses führen kann	-signifikanter Unterschied bei der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus -signifikante Verringerung des Einsatzes von Benzodiazepin und Zusatzmedikation -signifikante Reduzierung der neurologischen Bildgebung und Lumbalpunktionen -signifikant verbesserte Patientensicherheit
Alternativmedizinische Ansätze	7 (Aletraris, Paino, Edmond, Roman & Bride, 2014) Land: USA	Quantitative Studie	1	Untersuchung der Wirkung von Musik- und Kunsttherapie bei der Behandlung von Substanzkonsum	-Bei Programmen mit mehr weiblichen Teilnehmerinnen war die Wahrscheinlichkeit, dass sie Kunsttherapie anboten signifikant höher -Programme mit einem höheren Prozentsatz weiblicher oder jugendlicher Patienten und Patientinnen boten mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit Musiktherapie an -hilft beim Aufzeigen von Emotionen und Bedürfnissen, was Betroffenen durch gängige Kommunikationsformen schwerfällt
	8 (Chen, Berger, Gandhi, Weintraub & Lejuez, 2012) Land: USA	Quantitative Pilotstudie	1	Untersuchung der Umsetzbarkeit und Wirkung von atembasierter integrativer Meditation (IM) und Ohrakupressur (EA) (Zusammen: IMEA) bei der ambulanten Behandlung von Kokainsucht	-signifikant höhere Abstinenzraten -signifikante Reduktion von Craving, Angst und anderen suchtbefugenen Symptomen -signifikant höheres Selbstvertrauen in Bezug auf die Versuchung der Drogen und eine höhere Selbstwirksamkeit
Bewegung	9 (Ciccolo et al., 2011) Land: USA	Quantitative Pilotstudie	1	Auswirkungen des Krafttrainings auf die Nikotinentwöhnung zu erforschen	-signifikant längere Abstinenz bei der Krafttrainingsgruppe -signifikant geringeres Körpergewicht bei der Krafttrainingsgruppe -signifikant weniger Körperfettanteil bei der Krafttrainingsgruppe

Bewegung	10 (Brown et al., 2010) Land: USA	Quantitative Pilotstudie	1	Testung einer 12-wöchigen Aerobic- Trainingseinheit als Ergänzung zur ambulanten Behandlung drogenabhängiger Personen als vorbereitender Schritt in die Praxis	-signifikant höhere Abstinenz bei der Interventionsgruppe -höhere Rückfallwahrscheinlichkeit bei den Teilnehmenden, welche weniger als 75 % der Trainingseinheiten besuchten -verbesserte körperliche Fitness
	11 (Sharma, Lamba, Cauderella, Guimond & Bayoumi, 2017) Land: Kanada	Fachartikel	2	-Aufzeigen von Unterstützungsmöglichkeiten bei Drogenkonsumenten in stationären Einrichtungen -Appell an weitere Forschung	-destigmatisierende Massnahmen und zügige Überweisung an stationäre Suchtberatungsdienste sofort einleiten -Interventionen, die weitere Forschung benötigen: Bereitstellen von Geräten für den sterilen Drogenkonsum, Verbesserung der Pflegeerhaltung und Kontinuität bei der Entlassung -Behandlungsverträge können laut Autoren schädlich sein

Die nachfolgenden Unterkapitel 5.1–5.11 zeigen verschiedene Informationen und Handlungsoptionen aus Literaturquellen auf, die bei der Pflege von substanzmittelabhängigen Patienten und Patientinnen im Akutspital als hilfreich erachtet werden.

5.1 Ansprechen des Konsumereignisses

Das Ziel der Studie von Stewart et al. (2015) war die Erfassung von untersagten Konsumereignissen und der darauffolgenden Reaktionen der Pflegefachpersonen während 12 Monaten auf einer psychiatrischen Abteilung. Zur Erfassung der Daten wurden 17 ambulante und vier stationäre Psychiatrien in London miteinbezogen. Im Fallregister des Biomedical Research Center wurde nach elektronischen anonymen Patientendateien gesucht, welche einen solchen Vorfall im Jahr 2012 beschreiben. Über das Clinical Record Interactive Search System war es den Forschern möglich, auf die identifizierbaren Patientendateien zuzugreifen. Um dieses System verwenden zu dürfen, wurde eine Genehmigung der Ethikkommission eingeholt. Zur Erleichterung der Suche wurde nach Stichworten gesucht. Die Stichwortliste wurde von den Forschenden zusammengestellt und umfasste 46 Stichworte. Anhand dieser wurden die ersten Suchen durchgeführt und die Begriffe nach Anzahl sortiert. Diese Begriffe waren die definitiven Stichworte der Studie. Sie wurden in vier Untergruppen unterteilt, um die Suche zu vereinfachen. Die Suche ergab 31'260 Ergebnisse, welche alle von den Forschenden durchgesehen wurden. Insgesamt wurden in den untersuchten Institutionen 2217 Patienten und Patientinnen innerhalb des Forschungszeitraumes aufgenommen. 826 Fälle von Konsumereignissen fanden in dieser Zeit statt, wobei über die Hälfte der Probanden mehr als einen Vorfall hatten. Von den Pflegenden, welche auf den entdeckten Substanzkonsum reagierten, sprachen die meisten Sanktionierungen aus, konfrontierten die Patienten und Patientinnen in der Situation, forderten sie zum Aufhören auf, wiesen auf die Richtlinien der Institution hin und erläuterten die Auswirkungen des Konsums auf die Gesundheit und Medikation. Die Reaktion der Pflegenden diente meist der Verschärfung der Institutionsregeln und nicht der Unterstützung von Betroffenen bezüglich des Suchtmittelumgangs. Diese Reaktion ist zwar nicht falsch, doch

dadurch wurde die Gelegenheit, den Substanzmittelkonsum in einer unterstützenden Form anzusprechen, häufig nicht genutzt (Stewart et al., 2015).

Nur 2 % der Pflegenden führten nach dem Bemerken des Konsums ein beratendes Gespräch mit den Betroffenen, wie zum Beispiel das Ansprechen von Triggern, oder boten Unterstützung, wie beispielsweise Bewältigungsstrategien, an (Stewart et al., 2015). Die Forschenden schliessen daraus, dass es den Pflegenden an den nötigen Kompetenzen und dem erforderlichen Selbstbewusstsein zum Umgang mit substanzabhängigen Patienten und Patientinnen mangelt (Stewart et al., 2015).

Laut Stewart et al. (2015) sollten Pflegefachpersonen befähigt sein, Patienten und Patientinnen bei der Bewältigung des Substanzmittelkonsums und den damit verbundenen sozialen und gesundheitlichen Problemen zu helfen. Die Involvierung von auf das Problem spezialisierten Diensten und das Erstellen einer passenden Pflegeplanung sollte bereits bei Beginn des Aufenthalts in der jeweiligen Institution bis zur Entlassung erfolgen (Stewart et al., 2015).

5.2 Motivierende Interviews

Compton et al. (1999) beschreiben in ihrem Fachartikel detailliert die Strategien des motivierenden Interviews. Bei motivierenden Interviews handelt es sich um eine Reihe von Kommunikationstechniken. Diese sollen die betroffene Person dabei unterstützen, ihr Substanzmittelkonsumverhalten zu erkennen und zu analysieren, was zur Beendigung des Konsums beitragen soll. Zur Durchführung des motivierenden Interviews gibt es keine einheitliche Anleitung. Die Gesprächssitzungen müssen auf die individuellen Charaktereigenschaften des Patienten oder der Patientin angepasst sein und auch die Familie und das soziale Netzwerk berücksichtigen. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Kommunikationstechniken auf nicht-konfrontativen Ansätzen basieren, die darin resultieren sollen, dass Betroffene eigene Bedenken über die Substanzmitteleinnahme und das Bedürfnis, dies zu verändern, ausdrücken. Dabei wird als effektivste Interviewstrategie das sensible und einfühlsame Rückmelden angesehen, welches bei Betroffenen das Bewusstsein für die Folgen des Substanzmissbrauchs hervorruft (Compton et al., 1999).

Compton et al. (1999) gehen davon aus, dass die Motivation, welche ein Patient oder eine Patientin besitzt, durch äussere Kräfte erhöht oder verringert werden kann, wobei das motivierende Interview darauf abzielt, diese zu erhöhen. Motivierende Interviews sind in der Pflegepraxis nicht weit verbreitet. Bei der Interaktion mit substanzabhängigen Personen stellen sie jedoch eine grosse Hilfe dar. Im Fachartikel werden zudem gängige Kommunikations-Stolpersteine im Umgang mit ihnen offengelegt. Um Stolpersteine in der Kommunikation mit substanzabhängigen Personen zu vermeiden, sollte das Gesundheitspersonal positiv und wertungsfrei bleiben und kurze offene Fragen stellen. Respekt, Offenheit, positive Zuwendung und Empathie sollten dabei Ziele in der Kommunikation sein. Dies führt dazu, dass betroffene Personen ihre Sorgen und Gefühle erforschen können. Zu den häufigsten Kommunikationshindernissen gehört das Provozieren von Widerstand, was bei den Betroffenen Regression auslösen kann. Weitere Kommunikationshindernisse sind die Konzentration auf das Negative, Vorurteile, Schuldzuweisungen, sich zu früh auf den Substanzmissbrauch zu fokussieren und die eigene Meinung zur Sucht zu äussern (Compton et al., 1999).

Laut Compton et al. (1999) können Betroffene mithilfe von motivierenden Interviews den Substanzmissbrauch minimieren oder sogar beenden. Bei Patienten und Patientinnen, welche eine herkömmliche Behandlung des Substanzmissbrauchs benötigen, können motivierende Interviews betroffene Personen motivieren und den Behandlungsprozess unterstützen (Compton et al., 1999).

5.3 Beziehungsaufbau

Cannon et al. (2018) thematisieren im Fachartikel die Behandlung und Pflege von methamphetaminabhängigen Personen. Dabei gehen sie auf die Langzeitfolgen des Konsums, die Geschichte des Methamphetaminmissbrauchs, die aktuelle Statistik, die verschiedenen Konsummethoden und deren Namen und den Einfluss des Methamphetamins im Körper ein. Pharmakologische Behandlungsmethoden und Verhaltensinterventionen werden erläutert. Auf die Pflege im Spital und die pflegerische Betreuung von methamphetaminabhängigen Patienten und Patientinnen wird besonders eingegangen. Die umfassende Rolle der Pflegefachpersonen in der Behandlung wird thematisiert.

Der Aufbau einer positiven Beziehung zu den betroffenen Personen ist laut Cannon et al. (2018) bei der Behandlung von grosser Wichtigkeit. Pflegefachpersonen spielen beim Beziehungsaufbau eine entscheidende Rolle (Bartlett, Brown, Shattell, Wright, & Lewallen, 2014 zit. in Cannon et al., 2018). Durch das Schaffen eines sicheren und empathischen Umfelds erleichtern sie den Patienten und Patientinnen den Vertrauensaufbau. Erleben diese dabei negative Erfahrungen, beeinflusst dies die weitere Behandlung der Substanzabhängigkeit (Harm Reduction Coalition, 2017 zit. in Cannon et al., 2018). Oftmals können Pflegefachpersonen eine therapeutische Beziehung aufbauen, welche das Ansprechen von weiteren Behandlungsoptionen ermöglicht. Dabei sollten die Pflegefachpersonen emotionale, physische und psychische Unterstützung bieten können (Cannon et al., 2018). Im Behandlungsprozess nimmt die Pflegefachperson dabei häufig die Rolle des Anwalts, der Anwältin für den Patienten, die Patientin ein (Cannon et al., 2018).

5.4 Assessment zur Risikoabschätzung

Weinstein et al. (2018) zeigen im Fachartikel anhand früherer Forschung auf, wie das Fachpersonal mit suchterkrankten Personen umgehen kann. Hauptsächlich zeigen sie den Nutzen einer stationären Beratungsstelle im Akutspital für Betroffene auf. Dabei gehen sie auf Anamnese- und Assessmentinstrumente, pflegerische Interventionen, Teamzusammensetzungen, Organisation weiterführender Behandlungen, Laboruntersuchungen und Gesprächsführungen ein. Zudem zeigen sie auf, wie sich der jeweilige Entzug äussert und welche bisher erforschten Methoden einen signifikanten Einfluss auf die Behandlung haben. Laut Weinstein et al. (2018) sollte bei hospitalisierten Personen ein Assessment zur generellen Risikoabschätzung bezüglich des Suchtmittelkonsums durchgeführt werden. Dieses beinhaltet unter anderem das Erfassen von früherem oder momentanem intravenösem Drogenkonsum (Weinstein et al., 2018). Die Suchtgeschichte der Patienten und Patientinnen sollte genau erfasst werden. Die Suchtgeschichte wird beispielsweise zur Diagnostizierung einer Substanzmittelkonsumproblematik und zur Abschätzung des Entzugsrisikos benötigt und trägt somit zur nachfolgenden Suchtbehandlung bei (Kelly, Wakeman & Saitz, 2015 zit. in Weinstein et al., 2018).

Ein wirksames Eingreifen bei einer allfälligen Hospitalisierung einer Person mit Suchtproblematik kann zur Senkung von deren Morbidität und Mortalität beitragen (Weinstein et al., 2018). Doch viele Gesundheitseinrichtungen fühlen sich für die Diagnostizierung, Untersuchung und Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Substanzmittelabhängigkeiten nicht ausreichend gerüstet, was ein Behandlungshindernis darstellt (Wakeman, Pham-Kanter & Donelan, 2016; Wakeman, Baggett & Pham-Kanter, 2013 zit. in Weinstein et al., 2018). Die Anamnese ist bei der Beurteilung des Entzugsrisikos und der darauffolgenden Behandlung des akuten Substanzmittelentzugs von grosser Wichtigkeit. Zudem können die Bereitschaft des Patienten oder der Patientin zur Suchtbehandlung ermittelt und die sozialen Umstände erfasst werden. Dabei müssen jedoch Fragen gestellt werden, die als stigmatisierend empfunden werden können. Laut Kelly, et al. (2015) sollte daher auf eine nicht wertende und stigmafreie Sprache geachtet werden (zit. in Weinstein et al., 2018).

5.5 Erkennen des Alkoholkonsums

Der Fachartikel von Donnelly et al. (2012) zeigt anhand vorhandener Literatur auf, wie Pflegefachpersonen im Akutspital mit alkoholabhängigen Patienten und Patientinnen umgehen können. Dabei versuchen sie die Herausforderungen herauszuheben und die kritischen Aspekte der Pflege dieser Personengruppe zu erläutern. Obwohl sich das Verständnis für Substanzmittelmissbrauch verbessert hat, scheint der Umgang mit dieser Personengruppe Pflegefachpersonen aufgrund von möglichen Wissens- und Fertigkeitlücken zu überfordern. Zudem können Pflegefachpersonen unsicher darüber sein, ob dies zu ihrem Kompetenzbereich gehört (Donnelly et al., 2012).

Viele Patienten und Patientinnen mit einem Alkoholproblem oder einer Alkoholabhängigkeit werden aufgrund einer anderen Erkrankung hospitalisiert. Der Alkoholkonsum ist dem Gesundheitspersonal bei Spitaleintritt häufig nicht bekannt. Das Erkennen des Alkoholproblems ist wichtig, um die Genesung zu planen. Durch die charakteristische Verleugnung, Gedächtnisstörungen, Angstzustände, Verwirrung oder Orientierungslosigkeit der alkoholabhängigen Person kann es für das Pflegepersonal schwierig sein, die Krankheitsgeschichte genau zu erfassen (Keys,

2011 zit. in Donnelly et al., 2012). Der Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener (CAGE) Fragebogen ist eine einfache Möglichkeit, ein Alkoholproblem zu erkennen. Der Fragebogen enthält vier Fragen, welche ein Erkennen des Alkoholproblems oder der Alkoholabhängigkeit erleichtern. Der CAGE-Fragebogen ist im Anhang auf Seite 54 ersichtlich (Hanson & Williams, 2001 zit. in Donnelly et al., 2012).

Wurde eine Alkoholabhängigkeit festgestellt, müssen weitere Informationen erfragt werden. Wichtig sind dabei die geschätzte Menge und Dauer des Alkoholkonsums, der Zeitpunkt des letzten Getränks, Informationen zu früheren Versuchen von Entgiftung, einschliesslich Komplikationen, und aktuelle Medikamente oder ein Nebenkonsum von anderen Substanzen (Kosten & O'Connor, 2003; Schuckit, 2009).

Beim Umgang mit alkoholabhängigen Patienten und Patientinnen muss den Pflegefachpersonen bewusst sein, dass übermässiger Alkoholkonsum wahrscheinlich ein Symptom eines grösseren zugrundeliegenden Problems darstellt (Cooper, 2006 zit. in Donnelly et al., 2012). Ausserdem sollten sie die Entzugssymptome kennen und geeignete Massnahmen ergreifen können. Die wichtigsten Entzugssymptome sind dabei das Schwitzen, die Agitiertheit und der Tremor (Harrison & Daly, 2006 zit. in Donnelly et al., 2012). Personen mit einem akuten Alkoholentzug sind normalerweise besorgt, ängstlich und können sogar halluzinieren (Donnelly et al., 2012). Harrison und Daly (2006, zit. in Donnelly et al., 2012) empfehlen daher, den Aufenthaltsraum der Betroffenen gut zu beleuchten und ruhig sowie beruhigend zu gestalten. Bei einem Alkoholentzug kann es bei Betroffenen zu Nausea und Emesis kommen (Donnelly et al., 2012). Donnelly et al. (2012) empfehlen daher bei Nachlassen von Nausea und Emesis den Kostaufbau mit Flüssigkeiten wie Obstsaften, bevor wieder auf eine normale Ernährung umgestiegen wird. Nachdem die Entzugssymptome abgeklungen sind, können kurze Beratungsinterventionen von 10–15 Minuten mit Rückmeldungen über Trinken, Ratschläge und Zielsetzung nützlich sein (Cooper, 2006 zit. in Donnelly et al., 2012).

In einem systematischen Review von 11 randomisierten kontrollierten Studien wurde gezeigt, dass der Alkoholkonsum der Patienten und Patientinnen, die eine solche Beratung erhielten, in den folgenden 6 Monaten signifikant gesunken ist (McQueen, Howe, Allan & Mains, 2006 zit. in Donnelly et al., 2012).

5.6 Symptombasiertes Entzugsprotokoll

Melkonian et al. (2019) untersuchten in ihrer Studie ein symptombasiertes Alkoholentzugsprotokoll, das Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol, Revised (CIWA-Ar). Dabei wollten sie herausfinden, ob dessen Anwendung im Spital zu signifikanten Verbesserungen in Bezug auf Ergebnisse und Sicherheit für Patienten und Patientinnen und zu einer Steigerung der Effizienz in Spitälern führt. Die retrospektive/prospektive Kohortenstudie wurde vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2016 (Vorprotokoll) und vom 1. März bis 7. Juli 2017 (Nachprotokoll) durchgeführt. Die Studie wurde vom Local Institutional Review Board genehmigt. Patienten und Patientinnen, welche älter als 18 Jahre waren und nach dem ICD-10 die Diagnose einer Alkoholkrankheit gestellt bekamen, waren zur Teilnahme berechtigt. In der Vorkontrollgruppe (1. Januar bis 31. Dezember 2016) waren 276 und in der Nachkontrollgruppe (1. März bis 7. Juli 2017) 145 Patienten und Patientinnen.

Das CIWA-Ar ist ein validiertes Assessmentinstrument zur Quantifizierung der Schwere des Alkoholentzugssyndroms. Es kann von Pflegefachpersonen durchgeführt werden, wobei es prophylaktisch in der Notaufnahme oder bei Verdacht eines Alkoholentzugs angewandt werden kann. Das CIWA-Ar hilft bei der Dosierung von Benzodiazepinen zur pharmakologischen Behandlung des Alkoholentzugs (Melkonian et al., 2019).

Dabei fokussiert es auf vier Ziele:

1. den Zustand des Patienten oder der Patientin erkennen
2. die pharmakologische Behandlung anhand des Zustands des Patienten oder der Patientin auswählen
3. Anhand einer objektiven Skala erfolgt die Verabreichung des Behandlungsmedikamentes, wobei die Dosierung schrittweise angepasst wird.
4. Falls nötig sollen Schäden durch die Behandlung gemindert oder die Pflege angepasst werden (DeBellis, Smith, Choi & Malloy, 2005 zit. in Melkonian et al., 2019).

Die Studie von Melkonian et al. (2019) zeigt eine statistisch signifikante Reduktion der Verweildauer im Spital ($P=0.018$, wobei die Forschenden $P<0.05$ als signifikant erachteten) bei Verwendung des CIWA-Ars. Eine signifikante Verringerung vom

Einsatz von Benzodiazepinen ($P=0.001$) und Zusatzmedikamenten ($P=0.03$) wurde festgestellt. Zudem kam es zu einer signifikanten Reduktion von Anzahl und Dauer der Behandlungen auf der Intensivstation, Lungenversagen, Benutzung von neurologischer Bildgebung und der Notwendigkeit von Lumbalpunktionen (Melkonian et al., 2019).

Laut Melkonian et al. (2019) können ein umfassendes Protokoll und gezielte Schulung des Gesundheitspersonals zu signifikanten Verbesserungen der Ergebnisse, der Patientensicherheit und der betrieblichen Effizienz führen. Zudem zeigt die Studie bei Anwendung vom CIWA-Ar eine mögliche Verringerung des Pflegebedarfs auf der Intensivstation (Melkonian et al., 2019). Im Anhang auf Seite 52 ist eine Abbildung zum CIWA-Ar ersichtlich.

5.7 Kunst und Musik

Die Studie von Aletraris et al. (2014) konzentriert sich auf zwei verschiedene Arten der Anwendung von komplementär- und alternativmedizinischen Ansätzen: Kunst- und Musiktherapie. Dabei soll in Erfahrung gebracht werden, auf welche Art und Weise diese zwei Ansätze in die Entzugsbehandlung einfließen können.

Die Institutionen, welche die Stichproben darstellten, wurden in den Jahren 2009 bis 2012 festgelegt. Im nationalen Verzeichnis der Institutionen für Suchtbehandlung wurden nach dem Zufallsprinzip Institutionen ausgewählt. Einschlusskriterien für die ausgewählten Institutionen waren, dass sie für die breite Öffentlichkeit zugänglich sein und ein Mindestmass an Pflege bieten müssen. Die Stichprobe belief sich nach der endgültigen Wahl auf 307 Behandlungsprogramme. Die Daten wurden durch Interviews mit dem jeweiligen klinischen Leiter gesammelt. Für die Analyse wurden zwei abhängige Variablen, die Musik- und die Kunsttherapie, verwendet. Die unabhängigen Variablen setzten sich aus dem Prozentsatz jugendlicher und weiblicher Patienten und Patientinnen, der Verwendung von medikamentösen und motivationsfördernden Therapien und Motivationsanreizen zusammen. Die Ergebnisse zeigen, dass nur 36.8 % der Institutionen Kunsttherapie und 14.7 % der Institutionen Musiktherapie anbieten. Dabei boten jene Institutionen signifikant mehr Kunsttherapie an, die einen höheren Prozentsatz weiblicher Patientinnen behandelten. Bei der Musiktherapie gab es sowohl einen signifikanten Unterschied

bei Institutionen, die mehr jugendliche Patienten und Patientinnen behandelten als auch bei Institutionen, die mehr weibliche Patientinnen behandelten.

Die Kunsttherapie soll dazu beitragen, dass der Patient oder die Patientin sich durch nonverbale und kreative Kommunikation ausdrücken kann. Zur Kunsttherapie gehört beispielsweise das Zeichnen eines Vorfalls im Leben, Malen von Emotionen, Stressmalerei zur Linderung von Stressgefühlen oder das Erschaffen von Skulpturen (Aletraris et al., 2014). Die Wirksamkeit der Kunsttherapie wurde von der American Art Therapy Association anerkannt (American Art Therapy Association, 2014 zit. in Aletraris et al., 2014). Die Musiktherapie trägt dazu bei, dass Patienten und Patientinnen Emotionen und Bedürfnisse aufzeigen können, was ihnen durch gängige Kommunikationsformen schwerfällt. Darüber hinaus trägt die Musiktherapie dazu bei, die Betroffenen zur Behandlung zu motivieren. Laut der American Music Therapy Association (2014, zit. in Aletraris et al., 2014) ist Musiktherapie unabhängig vom musikalischen Hintergrund nützlich. Beispiele für Musiktherapie sind Lyrikanalysen, Entspannungstraining, das Schreiben von Liedern, Musikspiele und improvisierte Musik basierend auf behandlungsrelevanten Themen. Dabei werden Emotionen, Motivationen und Hindernisse der Genesung durch Texte und Melodien aufgedeckt (American Music Therapy Association, 2014 zit. in Aletraris et al., 2014).

5.8 Ohrakupressur und integrative Meditation

Die Pilotstudie von Chen et al. (2012) hatte zum Ziel, die Umsetzbarkeit und die Wirkung von atmungsbasierter integrativer Meditation und Ohrakupressur bei der ambulanten Behandlung von kokainabhängigen Personen zu untersuchen.

Aus einer Einrichtung für die ambulante Behandlung von Suchtpatienten und Suchtpatientinnen in Baltimore wurden 56 kokainabhängige Personen rekrutiert. Davon wurden nach Zufallsprinzip 29 der Interventionsgruppe und 27 der Kontrollgruppe zugeordnet. Die Kontrollgruppe erhielt eine übliche Behandlung, traf sich jedoch wöchentlich mit Forschungsmitarbeitern zur Erhebung der Studiendaten. Die Interventionsgruppe erhielt zusätzlich zur üblichen Behandlung Ohrakupressur, wobei Kräutersamen aufs Ohr geklebt wurden, welche die Teilnehmenden in den ersten 2–3 Wochen 20 Mal pro Sitzung in 4–5 Sitzungen pro Tag drücken sollten. Geschultes Personal klebte die Akupressursamen wöchentlich neu und überprüfte

die Akupressurtechnik der Teilnehmenden. Die Interventionsgruppe wurde zudem in integrativer Meditation instruiert (Bauchatmung, 6 Atemzüge pro Minute, Atemzüge zählen). Sie erhielten je ein MP4-Gerät mit einer Audioanleitung und visuelle Hilfsmittel für ein Atemprogramm, welche zur Übung zu Hause als Orientierungshilfe im täglichen Atmen und Meditieren verwendet werden konnten (15 Minuten Bauchatmung mit offenen Augen, dann 15 Minuten RF-Atmung mit geschlossenen Augen, dann Meditation: zuerst 15, dann 20, dann 25 Minuten). Die Studie dauerte 12 Wochen, wobei die Behandlungserfolge der Teilnehmenden in wöchentlichen Treffen erfasst wurden. Nach 8 und 12 Wochen wurde die Anzahl erfolgreich durchgeführter Behandlungen verglichen, wobei die Interventionsgruppe signifikant höhere Werte aufwies (Woche 8: Interventionsgruppe 89 %, Kontrollgruppe 63 %, Woche 12: Interventionsgruppe 81 %, Kontrollgruppe 58 %). Beim Vergleich der Abstinenzraten bestand ebenfalls ein signifikanter Unterschied (Interventionsgruppe 66 %, Kontrollgruppe 34 %). Zudem konnte eine signifikante Senkung von Entzugssymptomen wie zum Beispiel Craving oder Angst festgestellt werden. Laut Chen et al. (2012) deuten mehrere Studien darauf hin, dass die Entzugssymptome durch eine Behandlungsergänzung mit Meditation und Ohrakupressur verringert werden können. Zudem können Meditation und Ohrakupressur als Behandlungsergänzung die Behandlungsretentionsraten verbessern.

Die Ohrakupressur wird in der traditionellen chinesischen Medizin zur Behandlung vieler Erkrankungen verwendet, unter anderem auch bei Sucht. Akupressur zeigt eine ähnliche Wirkung wie Akupunktur. Anders als bei der Akupunktur werden dabei jedoch keine Nadeln verwendet. Bei der Ohrakupressur werden Pflanzensamen auf Akupunkturpunkte des Ohres geklebt, welche von den Personen selbst gedrückt werden können. Der therapeutische Effekt entsteht durch den dadurch ausgelösten Druck auf den Akupunkturpunkt (Chen, Yeh & Chao, 2006; Wen, Yang & Lei et al., 2005 zit. in Chen et al., 2012).

Integrative Meditation ist eine vereinfachte Form einer Achtsamkeits-Atemübung, bei der unter anderem die Atemfrequenz auf sechs Atemzüge pro Minute eingestellt wird. Dadurch wird das autonome Nervensystem gestärkt und Stress reduziert (Lehrer, Smetankin & Potapova, 2000; Lehrer, Vaschillo E. & Vaschillo B. et al., 2004 zit. in Chen et al., 2012). Dies trägt zur Reduktion von Angstzuständen,

Depressionen, Reizbarkeit, Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsschwierigkeiten in der frühen Heilungsphase von Suchtproblemen bei (Chen, Comerford, Shinnick & Ziedonis, 2010; Karavidas, Tsai, Yucha et al., 2006 zit. in Chen et al., 2012).

Chen et al. (2012) zeigen in der Pilotstudie, dass Ohrakupressur und integrative Meditation kombiniert als Ergänzung der Behandlung bei substanzabhängigen Personen zu einer signifikanten Reduktion von suchtbefunden Symptomen, unter anderem Angst und Craving, sowie einer signifikanten Steigerung der Selbstwirksamkeit und des Selbstbewusstseins führt.

Integrative Meditation und Ohrakupressur werden nach der Instruktion von den Patienten und Patientinnen selbst angewendet. Bei der Ohrakupressur muss das Pflegepersonal für die Durchführung, genauer gesagt das Platzieren und Aufkleben der Pflanzensamen, geschult werden (Chen et al., 2012).

5.9 Krafttraining

Das Ziel der Pilotstudie von Ciccolo et al. (2011) war das Erhalten einer ersten Einschätzung zu den Auswirkungen des Krafttrainings auf die Nikotinentwöhnung. Über Zeitungsartikel, Fernseh- und Internetwerbung wurden Probanden und Probandinnen gesucht. Sie mussten zwischen 18 und 65 Jahren alt sein und durften nicht chronisch krank oder schwanger sein. Ausserdem wurden Personen ausgeschlossen, die den Tabak rauchfrei konsumieren, wie zum Beispiel Snus oder Schnupftabak, oder schon mit einem Entwöhnungsprogramm begonnen hatten. Die Probanden und Probandinnen mussten sich bereiterklären, wöchentlich mehr als eine Stunde Sport zu betreiben. Ausserdem mussten sie aus Sicherheitsgründen die Einwilligung eines Arztes oder einer Ärztin vorweisen. Nach diesem Auswahlverfahren wurden 26 Personen in die Studie eingeschlossen. Es gab jedoch noch ein Drop-out, da einer der Probanden an Lungenkrebs erkrankte. Die Teilnehmenden erhielten eine Beratung zur Nikotinentwöhnung und bei Bedarf Nikotinpflaster, deren Dosis ihrem Konsumverhalten angepasst war. Es wurden zwei randomisierte Gruppen erstellt, die Kontrollgruppe und die Interventionsgruppe. Die Interventionsgruppe absolvierte für zwölf Wochen zweimal wöchentlich eine stündige Krafttrainingseinheit. Ihr wurde zusätzlich zweimal in der Woche ein 25-minütiges Video über gesundheitliche Themen, wie zum Beispiel Ernährung, gezeigt. Die

Videos wurden nur der Interventionsgruppe zur Verfügung gestellt. Die Kontrollgruppe hatte die Möglichkeit gleichviel zu trainieren, wurde jedoch während des Trainings nicht durch eine Fachperson begleitet.

Personen, die eine Woche nicht geraucht hatten, wurden als abstinent eingestuft. Zudem wurden die Kohlenmonoxid-Konzentration in der Ausatemluft und die Nikotinentzugssymptome bestimmt. In allen Untersuchungen (Basis-, Dreimonats- und Sechsmonatsuntersuchung) wurde das Körpergewicht gemessen und ein Fragebogen zur Beurteilung der körperlichen Aktivität abgegeben. In der Basis- und Dreimonatsuntersuchung wurden zusätzlich die Körperzusammensetzung von Fett und Muskulatur und die Ober- und Unterkörperkraft erfasst. Bei der Krafttrainingsgruppe wurde eine signifikant längere Abstinenz, ein signifikant geringeres Körpergewicht und einen signifikant geringeren Körperfettanteil festgestellt.

Ciccolo et al. (2011) erwähnen in ihrer Pilotstudie, dass Krafttraining beim Nikotinentzug zu einer Reduktion von Entzugssymptomen wie Craving, negativen Stimmungslagen oder Gewichtszunahme beitragen kann (Ussher, Taylor & Faulkner, 2008 zit. in Ciccolo et al., 2011). Studien belegen, dass die bei der Durchführung von einer Widerstandsübung ausgelöste isometrische Muskelkontraktion das Verlangen nach Nikotin bereits wirksam reduzieren kann (Al-Chalabi et al., 2008; Ussher, Cropley, Playle, Mohidin & West, 2009; Ussher, West, Doshi & Sampuran, 2006 zit. in Ciccolo et al., 2011).

Die Umsetzung des Krafttrainings hängt von der Einrichtung sowie den vorhandenen Materialien und Geräten ab. Es kann jedoch auch wirkungsvoll unter Einsatz des eigenen Körpergewichts durchgeführt werden (Centers for Disease Control and Prevention, 2006 zit. in Ciccolo et al., 2011).

5.10 Aerobic

Das Ziel der Pilotstudie von Brown et al. (2010) war das Testen einer 12-wöchigen Aerobic-Übung mittlerer Intensität zur Ergänzung der konventionellen Suchtmittelbehandlung. Die Aerobic-Übung wurde an ambulanten Patienten und Patientinnen getestet. Zudem wurde die körperliche Fitness am Ende der 12-wöchigen Intervention untersucht. Die Probanden und Probandinnen wurden durch

ein Programm in einer psychiatrischen Einrichtung mit dem Schwerpunkt Suchterkrankungen rekrutiert. Durch in der Lokalzeitung aufgeschaltete Werbung für die Studienteilnahme wurden weitere Personen rekrutiert. Für die Teilnahme an der Studie mussten die Bewerber und Bewerberinnen zwischen 18 und 65 Jahre alt sein, eine aktuelle Diagnose der Substanzabhängigkeit nach den DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Kriterien haben und sich derzeit in einer ambulanten Drogenmissbrauchsbehandlung befinden. Ausserdem mussten sie zur Teilnahme an den Übungen sesshaft sein. Zu den Ausschlusskriterien zählten Essstörungen, bipolare Störungen, psychotische Symptome, aktuelle Suizidalität, schwere körperliche Beeinträchtigungen und Schwangerschaft. Die Stichprobe betrug 19 Personen. Während den zwölf Wochen kam es zu drei Drop-outs. Die Trainingseinheit bestand aus drei Komponenten: den Aerobic-Übungen, dem Gruppenverhaltenstraining und einem Anreizsystem. Die Aerobic-Sitzungen wurden einmal pro Woche in der Gruppe absolviert und in ihrer Länge gesteigert. Dabei wurden Blutdruck und Herzfrequenz gemessen, um die Verbesserung der kardialen Fitness beurteilen zu können. Zusätzlich bekamen die Teilnehmenden Anleitungen zu weiteren Übungen, welche sie zu Hause durchführen konnten. Um die Fortschritte festzuhalten, mussten sie ein Trainingsprotokoll ausfüllen. Das Gruppenverhaltenstraining bestand aus 15- bis 20- minütigen Sitzungen zu Themen wie Erkenntnis- und Verhaltenstechniken, welche einmal in der Woche stattfanden. Die Sitzungen wurden von einem Sportphysiologen und einem Psychologen gemeinsam geleitet. Zusätzlich erhielten die Teilnehmenden einen kleinen finanziellen Anreiz, um an der Studie teilzunehmen. Die Studie zeigt eine signifikant höhere Abstinenz und verbesserte körperliche Fitness bei der Interventionsgruppe. Bei Probanden und Probandinnen, welche weniger als 75 % der Gruppen besuchten, konnte zudem eine höhere Rückfallwahrscheinlichkeit festgestellt werden. Aerobic, als Form von Bewegung, hat laut Brown et al. (2010) eine positive Wirkung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden (USDHHS, 1996; Stathopoulou, Powers, Berry, Smits & Otto, 2006 zit. in Brown et al., 2010). Brown et al. (2010) gehen davon aus, dass Patienten und Patientinnen, die wegen Substanzabhängigkeiten in Behandlung sind, von Bewegung profitieren könnten. Bewegung führte bei Alkoholikern zu einer psychischen Verbesserung des körperlichen Selbstwertgefühls und der körperlichen Selbstwahrnehmung (Donaghy & Mutrie, 1998 zit. in Brown et

al., 2010). Bewegung trägt ausserdem zu verbesserter Stimmungslage, regulierten Belohnungssystemen, einer Reduktion von Depressionssymptomen, Verbesserung von Schlaf und kognitiver Funktion bei (Brown et al., 2010). Sie ermöglicht es den Patienten und Patientinnen, ohne Drogeneinnahme positive Stimmungslagen zu erfahren (Adinoff, 2004; Bressan & Crippa, 2005 zit. in Brown et al., 2010).

Verglichen mit pharmakologischen Behandlungen zeigt Bewegung nur minimale Nebenwirkungen (Broocks et al., 1998 zit. in Brown et al., 2010). Bewegung ist in verschiedenen Formen, zum Beispiel Rennen oder Fitness, durchführbar und die Kosten sind sehr niedrig (Brown et al., 2010).

5.11 Stationärer Drogenkonsum

Ziel des Fachartikels von Sharma et al. (2017) war das Aufzeigen verschiedener Interventionen, die zur Schadensminderung bei der Pflege von hospitalisierten Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung beitragen sollen. Sharma et al. (2017) gehen dabei auf Massnahmen zur Verringerung der Stigmatisierung und den Miteinbezug von Suchtberatungsdiensten ein. Sie empfehlen weitere Forschung bezüglich der medikamentösen Substitution mit Opioiden, der Bereitstellung von sterilem Material für den intravenösen Drogenkonsum und zur Verbesserung der Pflegeerhaltung und Kontinuität nach der Entlassung aus dem Spital. Ausserdem stellen sie Themen vor, die ihrer Meinung nach in Zukunft noch auf ihre Wirkung bezüglich Schadensminderung untersucht werden sollen. Diese sind die Verwendung von peripher eingesetzten Zentralvenenkathetern bei einer anfälligen Antibiotikabehandlung, die Anwendung von Behandlungsverträgen und die stationäre Überwachung von Drogeninjektionen.

Sharma et al. (2017) heben im Fachartikel hervor, dass einige der Patienten und Patientinnen trotz Verbot während des Spitalaufenthaltes weiterhin intravenös Drogen konsumieren. Laut Sharma et al. (2017) wäre es daher sinnvoll, ihnen Nadeln, Spritzen und Entsorgungssets zur Verfügung zu stellen. Dies trägt zu einer verringerten Übertragung von durch kontaminierte Spritzen übertragene Infektionskrankheiten bei (Sharma et al., 2017).

In Akutspitälern werden häufig Behandlungsverträge mit den Patienten und Patientinnen bezüglich Verhaltensregelungen vereinbart. Das Gesundheitspersonal

denkt häufig, dies sei der einzige Weg für den sicheren Umgang mit substanzabhängigen Personen. Aus ethischen und logistischen Gründen können diese Verträge jedoch im Akutspital grundsätzlich nicht durchgesetzt werden. Die Behandlungsverträge können von den Patienten und Patientinnen als paternalistisch und legalistisch empfunden werden. Zudem können sie Stigmatisierung fördern und die unfreiwillige Behandlung von substanzmittelabhängigen Personen erleichtern. Somit können Behandlungsverträge die Behandlung sogar noch erschweren, da sie das Vertrauen der Patienten und Patientinnen und somit ihre Beziehung zum Gesundheitspersonal beeinträchtigen (Sharma et al., 2017).

Substanzmittelabhängige Personen neigen laut Sharma et al. (2017) dazu, das Spital gegen ärztlichen Rat vorzeitig zu verlassen. Dies kann mit dem Craving, dem Entzug oder der Stigmatisierung vonseiten der Fachpersonen in Zusammenhang gebracht werden.

6 Diskussion

Wie eingangs erläutert, ist der Kokainkonsum in der Schweiz mit steigender Tendenz sehr hoch. Nebst Kokain werden in der Schweiz auch andere gesundheitsschädigende und illegale Suchtmittel, wie zum Beispiel Methamphetamine, konsumiert. Der Drogenmarkt ist im Wandel, da stetig neue Substanzen und Substanzzusammensetzungen aufkommen. Substanzabhängige Personen können spitalbedürftig werden. Im Spital haben sie sehr wahrscheinlich keinen Zugang zu den Suchtmitteln, was zu einer Entzugssymptomatik führen kann. In der vorliegenden Bachelorarbeit sollte die Frage beantwortet werden, mit welchen literaturgestützten Interventionen Pflegefachpersonen dieser Symptomatik begegnen können. Diese Frage konnte ansatzweise mit elf Fachtexten, welche in fünf Kategorien eingeteilt wurden, beantwortet werden. In der nachfolgenden Diskussion wird vertieft, wie dies in der Pflege genutzt werden könnte.

6.1 Kommunikation und Beziehungsaufbau

In der Studie 1 (Stewart et al., 2015) wird aufgezeigt, dass nur ein kleiner Prozentsatz (2 %) der Pflegenden im psychiatrischen Setting nach dem Bemerken des Substanzkonsums ein beratendes Gespräch mit den Betroffenen durchführten. Darin wurden beispielsweise Trigger und Unterstützungsangebote für Bewältigungsstrategien angeboten. Dies wäre laut Stewart et al. (2015) der bewährteste Unterstützungsansatz. Folglich mangelt es laut Stewart et al. (2015) den Pflegenden an Kompetenzen und Selbstbewusstsein für den Umgang mit substanzabhängigen Personen. Auch Fachartikel 5 (Donnelley et al., 2012) deutet darauf hin, dass es den Pflegefachpersonen generell an der nötigen Erfahrung und Kompetenzen bezüglich des Umgangs mit substanzmittelabhängigen Patienten und Patientinnen mangelt.

Pflegefachpersonen sollten in der Lage sein, Personen mit einer Abhängigkeit bei der Bewältigung des Substanzmittelkonsums und den damit verbundenen sozialen und gesundheitlichen Problemen zu helfen (Stewart et al., 2015). Fachartikel 3 sagt ebenfalls aus, dass Pflegefachpersonen emotionale, physische und psychische Unterstützung bieten können sollten (Cannon et al., 2018). Bereits bei Beginn des Aufenthaltes sollten entsprechende Pflegeplanungen erstellt werden und die spezialisierten Dienste in die Behandlung involviert werden (Stewart et al., 2015). Fachartikel 3 beschreibt, dass eine gute Beziehung zu den betroffenen Personen beim Erfolg der Behandlung eine grosse Rolle spielt. Pflegefachpersonen sind oftmals in der Lage, eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen, welche das Ansprechen weiterer Behandlungen ermöglicht (Cannon et al., 2018). Dies dient einer bestmöglichen Pflege dieser Personengruppe im Akutspital (Stewart et al., 2015).

Dazu müssten Pflegefachpersonen bereits in der Ausbildung die Gelegenheit haben, sich vertieft mit der Thematik von Substanzmittelabhängigkeit auseinandersetzen zu können. Grundwissen zur Substanzmittelabhängigkeit, wie zum Beispiel, dass übermässiger Alkoholkonsum wahrscheinlich nur ein Symptom eines grösseren zugrundeliegenden Problems darstellt, kann im Umgang der Pflegefachpersonen mit substanzmittelabhängigen Patienten und Patientinnen von grosser Hilfe sein (Donnelly et al., 2012).

Fachartikel 2 (Compton et al., 1999) erläutert zwar, wie mit substanzabhängigen Patienten und Patientinnen kommuniziert werden soll, doch keine der Studien und Fachartikel geht darauf ein, dass die Kommunikation durch Lügen, Manipulation, Unvernunft und Nichteinhalten der Regeln seitens der Betroffenen erschwert ist (Needham, Abderhalden & Sauter, 2011, S. 599, 808–813). Dies stellt ein grosses Manko der verwendeten Literatur dar, da dies einen grossen Einfluss auf die Behandlung dieser Patientengruppe hat. Um die Auswirkungen dieser Faktoren auf den Behandlungsprozess einschätzen zu können, müsste weitere Forschung betrieben werden.

6.2 Assessment und Umgebungsgestaltung

Viele Gesundheitseinrichtungen fühlen sich für die Diagnostizierung, Untersuchung und Behandlung von substanzabhängigen Personen nicht ausreichend gerüstet, wodurch die Behandlung erschwert wird (Weinstein et al., 2018). Diese Aussage stimmt mit den Ergebnissen aus Studie 1 und Fachartikel 5 überein. Das Erkennen der Substanzabhängigkeit ist für die weitere Behandlung von immenser Wichtigkeit. Um die Alkoholproblematik eines Patienten oder einer Patientin zu erkennen, wird im Fachartikel 5 der CAGE-Fragebogen vorgestellt. Dies ist ein validiertes und einfach anwendbares Instrument, welches in der Praxis eingesetzt werden könnte. Um beurteilen zu können, ob dieser Fragebogen auch auf andere Substanzen anwendbar ist, müsste weitere Forschung betrieben werden. Ein weiteres einfaches Mittel zur Erfassung und Behandlung von Entzugssymptomen ist der CIWA-Ar Fragebogen (Melkonian et al., 2019). Der CIWA-Ar Fragebogen wird in Schweizer Akutspitälern bereits verwendet.

In Fachartikel 5 (Donnelly et al., 2012) wird zudem auf die Umgebungsgestaltung bei Alkoholentzug eingegangen, wobei eine gute Beleuchtung und beruhigende Einrichtung empfohlen wird. Eine gute Beleuchtung ist in den Akutspitälern vorhanden, die Gestaltung einer ruhigen Umgebung und beruhigenden Einrichtung kann jedoch eine Herausforderung darstellen, da die Einrichtung im Spitalzimmer nicht einzeln auf jede Person abgestimmt werden kann. Zudem sind allgemein und halbprivat versicherte Personen meist in Zweier-, Dreier- oder Viererzimmern untergebracht, wobei diese Mitpatienten und Mitpatientinnen ebenfalls pflegerische

Betreuung, Therapien und Besuche erhalten. Dadurch kann eine ruhige Umgebung nicht gewährleistet werden.

Meist wären psychiatrische Kliniken nach dem körperlichen Entzug besser für die Weiterführung des psychischen Entzugs ausgerüstet. Da die psychiatrischen Kliniken jedoch nicht für akute physische Erkrankungen ausgerüstet sind, kann es sein, dass Betroffene weiterhin im Spital bleiben müssen. Im Kanton Zürich gibt es für suchtmittelabhängige Personen ein kleines Fachspital der Stiftung von Pfarrer Sieber, welches sich genau dieser Problematik annimmt.

6.3 Alternativmedizinische Ansätze

Durch eine ergänzende Behandlung mit Meditation und Ohrakupressur können Entzugssymptome verringert und Behandlungsretentionsraten verbessert werden (Chen et al., 2012). Zudem zeigen Chen et al. (2012) in ihrer Pilotstudie, dass Ohrakupressur und Meditation als Behandlungsergänzung nicht nur zu einer signifikanten Reduktion von suchtbewogenen Symptomen wie Angst und Craving führt, sondern auch eine signifikante Steigerung des Selbstbewusstseins und der Selbstwirksamkeit bewirkt.

Da der grösste Teil der integrativen Meditation in Kombination mit Ohrakupressur nach erfolgter Instruktion selbst von den Patienten und Patientinnen durchgeführt werden kann, stellt dies eine kostengünstige Intervention dar, welche im Akutspital anwendbar ist. Allerdings muss das Pflegepersonal für die Anwendung der Ohrakupunktur vorgängig geschult werden (Chen et al., 2012).

Studie 7 (Aletraris et al., 2014) und Fachartikel 2 (Compton et al., 1999) heben hervor, wie wichtig es für substanzmittelabhängige Patienten und Patientinnen ist, ihre eigenen Bedürfnisse, Gefühle und Emotionen erforschen und ausdrücken zu können. Sie können dadurch selbst das Bedürfnis entwickeln, ihr Konsumverhalten ändern zu wollen. Das dient wiederum der Förderung von Motivation für die Behandlung. Dies ist von grosser Wichtigkeit, da viele der im Ergebnisteil erwähnten Interventionen, beispielsweise die Ohrakupressur in Kombination mit integrativer Meditation, das Krafttraining oder Aerobic, die Mitarbeit der Patienten und Patientinnen erfordern.

6.4 Bewegung

Die Pilotstudien von Ciccolo et al. (2011) und Brown et al. (2010) zeigen, dass Bewegung bei der Behandlung von Entzugssymptomatik verschiedene positive Effekte aufweist. Zu diesen Effekten gehören eine verbesserte Stimmungslage, verringerte Gewichtszunahme, Reduktion des Cravings, Verbesserung von Schlaf und kognitiver Funktion. Zudem stellt die Bewegung eine Möglichkeit dar, ohne Drogeneinnahme eine positive Stimmungslage zu erfahren.

In den Pilotstudien 9 (Ciccolo et al., 2011) und 10 (Brown et al., 2010) wird Bewegung, in Form von Krafttraining und Aerobic, zur Unterstützung der Behandlung von substanzmittelabhängigen Patienten und Patientinnen empfohlen. In den meisten Schweizer Spitälern besteht die Möglichkeit sich zu bewegen, sei es in einem Kraftraum der Physiotherapie oder im Zimmer unter Einsatz des eigenen Körpergewichts. Dadurch stellt Bewegung eine kostengünstige und im Akutspital durchführbare Intervention dar.

6.5 Stationärer Drogenkonsum

Sharma et al. (2017) empfehlen die Bereitstellung von Nadeln, Spritzen und Entsorgungssets für substanzmittelabhängige Patienten und Patientinnen, welche intravenös Drogen konsumieren. Das hierzu benötigte Material ist zwar im Akutspital bereits vorhanden, doch deren Durchführung bedarf einer rechtlichen und ethischen Abklärung. Ausserdem müsste abgeklärt werden, wie das Material finanziert wird und ob es nötig wäre, den Raum für die Durchführung zu überwachen. Zudem müsste erfasst werden, welche Wirkung ein solcher Raum auf das Befinden anderer Personen im Spital hat.

In vielen Akutspitälern werden bei Bemerken von Substanzmittelabhängigkeit Behandlungsverträge mit den Patienten und Patientinnen vereinbart.

Behandlungsverträge übergehen häufig die Ziele und Wünsche der Betroffenen, können Stigmatisierung fördern und die unfreiwillige Behandlung erleichtern. Aus diesen und weiteren Gründen können Behandlungsverträge das Vertrauen der Patienten und Patientinnen zum Gesundheitspersonal beeinträchtigen und die Behandlung erschweren (Sharma et al., 2017). In einem Akutspital ist die betroffene

Person auf die Behandlung angewiesen, weshalb sie nicht aufgrund eines Konsumereignisses entlassen werden kann. Dies hat zur Folge, dass Behandlungsverträge aus rechtlichen und ethischen Gründen häufig nicht durchgesetzt werden können.

6.6 Stärken und Schwächen dieser Arbeit

Die vorliegende Arbeit zeichnet sich durch eine breite Suche nach Interventionen aus. Die Forschungsfrage kann somit durch mehrere Interventionen teilweise beantwortet werden. Durch den Miteinbezug von Pilotstudien und Fachartikeln können Anregungen zu weiterführender Forschung gemacht werden.

Es ist möglich, dass nicht alle relevanten Studien und Fachartikel berücksichtigt wurden. Die Studien und Fachartikel stammen aus verschiedenen Ländern, was die Generalisierung der Interventionen beeinträchtigen kann. Es wurden drei Pilotstudien inkludiert, welche eine niedrige Güte aufweisen. Manche der Interventionen wurden nur mittels einzelner Studien untersucht, die teilweise eine geringe Stichprobengrösse aufweisen. Bei den verwendeten Studien und Fachartikeln konnte mehrheitlich kein Ranking gemacht werden, da sie sich stark in den Interventionen, Forschungsdesigns und Messinstrumenten unterscheiden. Alle Studien und Fachartikel sind in englischer Sprache verfasst und wurden für die Arbeit übersetzt. Es kann durch die Übersetzung zu leichten Abweichungen der ursprünglichen Aussage gekommen sein.

6.7 Praxistransfer

Wie erwähnt, werden Interventionen unterstützend zur herkömmlichen medikamentösen Therapie für die Pflege von substanzabhängigen Patienten und Patientinnen im Akutspital benötigt. In der Literatur werden verschiedene Interventionen aufgezeigt, die im Akutspital gut umsetzbar sind.

Aus mehreren Studien geht jedoch hervor, dass es dem Pflegepersonal generell an den nötigen Kompetenzen für die Betreuung von Suchtpatienten und -patientinnen mangelt. In Studie 1 handelt es sich dabei um eine Einschätzung der

Psychiatriepflege, die häufig mit dieser Thematik konfrontiert wird. Wenn schon die Psychiatriepflege mit Substanzabhängigkeiten überfordert ist, kann davon ausgegangen werden, dass Pflegende im Akutbereich erst recht überfordert sind. Das Selbstvertrauen der Pflegefachpersonen im Umgang mit dieser Patientengruppe muss gestärkt werden. Dazu müssten Pflegefachpersonen gut über das Krankheitsbild der Sucht und den Umgang mit Betroffenen informiert sein. Dies könnte durch eine spitalinterne Ansprechperson, im besten Fall ein Pflegeexperte oder eine Pflegeexpertin, welche sich mit psychischen Erkrankungen und Substanzmittelkonsum auskennt, erfolgen. Diese Ansprechperson könnte bei Unsicherheiten oder Fragen hinzugezogen werden. Ausserdem könnte das Thema der Substanzabhängigkeit in der Ausbildung oder in betriebsinternen Fortbildungen vertiefter behandelt werden. Bei herausfordernden Situationen im Umgang mit substanzmittelabhängigen Personen kann das Führen eines Fachgesprächs im Pflegeteam angebracht sein.

Ein weiterer Aspekt wäre das Kennen und Anwenden von geeigneten Kommunikationsformen gegenüber substanzabhängigen Personen, wie zum Beispiel das Vermeiden von wertenden Aussagen, keine Vorurteile, keine Schuldzuweisungen oder die Betroffenen nicht auf den Substanzmissbrauch zu reduzieren. Fragebögen wie CAGE und Kommunikationstechniken wie das motivierende Interview können dabei hilfreich sein. Weiterführende Schulungen des Personals zu Themen wie Ohrakupunktur, Musik- oder Kunsttherapie sowie auch des motivierenden Interviews könnten den Umgang mit dieser Personengruppe verbessern, sowie den Pflegenden die nötigen Kompetenzen und Selbstvertrauen geben. Die Bewegungs-Interventionen könnten gut durchgeführt werden, da hierfür die bestehende Infrastruktur des Spitals genutzt werden könnte. Die Umsetzung und Anwendung von evidenzbasierten Assessmentinstrumenten ist einfach und kostengünstig. Das CIWA-Ar hilft bei der Dosierung von Benzodiazepinen zur pharmakologischen Behandlung des Alkoholentzugs und wird heute schon in einigen Schweizer Spitälern umgesetzt. Nach dem Instruieren des Fachpersonals ist es leicht umzusetzen. Durch die Umsetzung dieser Punkte könnte das Patientenwohl erhöht und die Kostenlast durch kürzere Aufenthalte gesenkt werden.

Den stationären Drogenkonsum durch das zur Verfügung stellen von sterilem Material zu ermöglichen, wird in der Praxis kaum umsetzbar sein. Zudem stellt sich

hierbei die Frage nach der Finanzierung des Materials, der Toleranz der Gesellschaft, insbesondere der anderen Personen, die sich im Spital aufhalten und der rechtlichen Absicherung, beispielsweise bezüglich Überdosierungen.

7 Schlussfolgerung

Für das langfristige Etablieren neuer Interventionen in Schweizer Spitälern müssten weitere systematische Untersuchungen durchgeführt werden. Dabei sollten die Zufriedenheit und Akzeptanz der Patienten und Patientinnen sowie die möglichen gesundheitlichen Risiken und die wirtschaftlichen Aspekte untersucht werden. Es wäre sinnvoll zu untersuchen, wie viele Patienten und Patientinnen eine Substanzabhängigkeit oder ein schädlicher Gebrauch von Substanzen aufweisen. Die Thematik der Substanzabhängigkeit sollte besser in der Ausbildung verankert werden.

Zudem wäre es vorteilhaft, in der Praxis für die Betreuung von substanzmittelabhängigen Personen eigens dafür geschultes Personal zu haben. Es wäre jedoch aus wirtschaftlichen Gründen unverhältnismässig, das gesamte Personal eines Spitals zu schulen. Die Autorinnen dieser Arbeit empfehlen daher das Etablieren von spitalinternen Ansprechpersonen, die sich mit der Thematik auskennen und beratend hinzugezogen werden können. Der Nutzen dieser Ansprechpersonen sollte wissenschaftlich untersucht werden.

Literaturverzeichnis

- Aletraris, L., Paino, M., Edmond, M. B., Roman, P. M. & Bride, B. E. (2014). The Use of Art and Music Therapy in Substance Abuse Treatment Programs. *Journal of addictions nursing*, 25(4), 190–196. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000048>
- Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz. (2014, August). Faktenblatt Tabakprodukte. Zugriff am 14.3.2020. Verfügbar unter: https://portal.at-schweiz.ch/images/pdf/faktenblaetter/de/d_faktenblatt_tabakprodukte.pdf
- Arbeitsgruppe DRUGS 04. (2020, Februar). drugs just say know. Zugriff am 28.2.2020. Verfügbar unter: <https://de.know-drugs.ch/substanzen/methamphetamin/18>
- Batra, A. & Bilke-Hentsch, O. (2016). *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankung im Jugend- und Erwachsenenalter*. (2.Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Brown, R. A., Abrantes, A. M., Read, J. P., Marcus, B. H., Jakicic, J., Strong, D. R., Oakley, J. R., Ramsey, S. E., Kahler, C. W., Stuart, G. G., Dubreuil, M. E., Gordon, A. A. (2010). A Pilot Study of Aerobic Exercise as an Adjunctive Treatment for Drug Dependence. *Mental health and physical activity*, 3(1), 27–34. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2010.03.001>
- Bundesamt für Gesundheit. (2013, Juni). Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit. Zugriff am 18.3.2020. Verfügbar unter: https://gesundheit.tg.ch/public/upload/assets/48292/BAG_Brosch_SGB_d%285%29_def.pdf
- Bundesamt für Statistik. (2019a). Illegale Drogen. *Bundesamt für Statistik*. Zugriff am 12.3.2020. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/ill-egale-drogen.html>
- Bundesamt für Statistik. (2019b, März 28). Gesundheit: Panorama - 2019 | Publikation. *Bundesamt für Statistik*. Zugriff am 21.2.2020. Verfügbar unter: </content/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.7846616.html>
- Cannon, E., Weust, J., Cooper-Bolinskey, D., Burdick, K., Bauer, R. & Blackford, K. (2018). How to Address Methamphetamine Abuse in the United States: Nurses Leading Comprehensive Care. *MEDSURG Nursing*, 27(2), 103–107.
- casp. (2018). CASP Checklists. *CASP - Critical Appraisal Skills Programme*. Zugriff am 20.3.2020. Verfügbar unter: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Chen, K., Berger, C., Gandhi, D., Weintraub, E. & Lejuez, C. (2012). Adding Integrative Meditation with Ear Acupressure to Outpatient Treatment of Cocaine Addiction: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of*

alternative and complementary medicine (New York, N.Y.), 19. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1089/acm.2011.0311>

- Ciccolo, J. T., Dunsiger, S. I., Williams, D. M., Bartholomew, J. B., Jennings, E. G., Ussher, M. H., Kraemer, W. J. & Marcus, B. H. (2011). Resistance Training as an Aid to Standard Smoking Cessation Treatment: A Pilot Study. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(8), 756–760. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntr068>
- Compton, P. R., Monahan, G. R. & Simmons-Cody, H. R. (1999). Motivational Interviewing: An Effective Brief Intervention for Alcohol and Drug Abuse Patients. *Nurse Practitioner*, 24(11), 27–49.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2019). *ICD-10 Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen*. (9.Aufl.). Bern: Hogrefe Verlag.
- Donnelly, G., Kent-Wilkinson, A. & Rush, A. (2012). The Alcohol-Dependent Patient in Hospital: Challenges for Nursing, 21(1), 9.
- Fleckenstein, E. U. (2017, November 16). Drogen – wichtige Substanzen im Vergleich. *Neue Zürcher Zeitung*.
- Füessl, H. S. & Middeke, M. (2018). *Anamnese und klinische Untersuchung* (6. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Huch, R. & Jürgens, K. D. (2015). *Mensch Körper Krankheit* (7. Aufl.). München: Urban & Fischer Verlag.
- International Council of Nurses (ICN). (2010, Oktober). ICN-Ethikkodex für Pflegende. Zugriff am 15.10.2019. Verfügbar unter: <https://deutscher-pflegerat.de/Downloads/DPR%20Dokumente/ICN-Ethik-E04kl-web.pdf>
- Lahrtz, S. (2018). Zürich ist an den Wochenenden die Kokain-Hochburg Europas. Zugriff am 17.12.2019. Verfügbar unter: <https://www.nzz.ch/schweiz/starke-zunahme-des-kokainkonsums-in-schweizer-staedten-ld.1364541>
- Lungenliga Schweiz. (2020). Wissen zu Tabak und Nikotin. Zugriff am 14.3.2020. Verfügbar unter: <https://www.lungenliga.ch/de/die-lungen-schuetzen/tabak-und-nikotin/wissen-zu-tabak-und-nikotin.html>
- Maschke, M. (2015, Mai 20). Alkohodelir und Verwirrheitszustände. *DGN - Deutsche Gesellschaft für Neurologie*. Zugriff am 12.11.2019. Verfügbar unter: <https://www.dgn.org/leitlinien/3056-ll-85-ll-alkohodelir-und-verwirrheitszustaende>
- Melkonian, A., Patel, R., Magh, A., Ferm, S. & Hwang, C. (2019). Assessment of a Hospital-Wide CIWA-Ar Protocol for Management of Alcohol Withdrawal Syndrome. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 3(3), 344–349. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2019.06.005>

- Nagel, G. (2016, April 26). Kokain Risiken: Entzugssymptome. *onmeda.de*. Zugriff am 21.2.2020. Verfügbar unter: <https://www.onmeda.de/drogen/kokain-risiken-1858-6.html>
- Needham, I., Abderhalden, C. & Sauter, D. (2011). *Lehrbuch psychiatrische Pflege* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Posmyk, W. (2019, August 12). Alkoholismus (Alkoholabhängigkeit, Alkoholsucht). *Onmeda.de*. Zugriff am 12.11.2019. Verfügbar unter: <https://www.onmeda.de/alkohol/alkoholismus-therapie-10019-4.html>
- Randegger, C. (2016). *Verdacht auf Sucht. Anzeichen erkennen, Interventionsstrategien und Prävention*. Zürich: SPEKTRAMedia.
- Saferparty. (2018, Juni). Kokain Substanzinfos. Zugriff am 14.3.2020. Verfügbar unter: <https://www.saferparty.ch/kokain.html>
- SafeZone. (2020). Alkohol - SafeZone. Zugriff am 14.3.2020. Verfügbar unter: <https://www.safezone.ch/alkohol.html>
- Scherbaum, N. (2016). *Das Drogentaschenbuch* (5.Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. (2019, Juni 1). Spitalaufenthalt mit Haupt- oder Nebendiagnose einer substanzbedingten Störung. Zugriff am 12.11.2019. Verfügbar unter: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/spitalaufenthalt-mit-haupt-oder-nebendiagnose-einer-substanzbedingten-stoerung>
- Schwewior-Popp, S., Sitzmann, F. & Ullrich, L. (2012). *Thiemes Pflege, Das Lehrbuch für Pflegendende in Ausbildung* (12. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Sharma, M., Lamba, W., Cauderella, A., Guimond, T. H. & Bayoumi, A. M. (2017). Harm reduction in hospitals. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 32. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0163-0>
- Stewart, D., Warren, J., Odubanwo, A. & Bowers, L. (2015). Nursing interventions for substance use during psychiatric hospital admissions: Clinical context and predictors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 527–537. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1111/inm.12152>
- Sucht Schweiz. (2013). Fragen und Antworten zu Cannabis. Zugriff am 13.2.2020. Verfügbar unter: https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Fragen_Antworten_Cannabis.pdf
- Sucht Schweiz. (2015). Tabak. Zugriff am 13.2.2020. Verfügbar unter: <https://shop.addictionsuisse.ch/de/tabak-nikotin/82-160-im-fokus-tabak.html#/27-sprache-deutsch>

- Sucht Schweiz. (2018). Alkohol: Kulturgut, Konsumgut und psychoaktive Droge. Zugriff am 13.2.2020 Verfügbar unter: https://www.okaj.ch/user_assets/Dokumente/SPOiZ/2018-Fokus_Alkohol.pdf
- Sucht Schweiz. (2019, Februar 5). Schweizer Suchtpanorama 2019. Zugriff am 12.11.2019. Verfügbar unter: https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/2019-SUCHTPANORAMA.pdf
- Ullmann-Bremi, A. & Roselip, S. (2015). Evidence-based Nursing (EBN) eine Entscheidungshilfe im Pflegealltag. Zugriff am 21.2.2020. Verfügbar unter: https://www.kispi.uzh.ch/de/Gesundheitsberufe/fachinformationen_pflege/ebn/Documents/Factsheet%20Evidence%20based%20Nursing_1.pdf
- Weinstein, Z. M., Wakeman, S. E. & Nolan, S. (2018). INPATIENT ADDICTION CONSULT SERVICE. *The Medical clinics of North America*, 102(4), 587–601. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.03.001>
- Wermke, M., Kunkel-Razum, K. & Scholze-Stubenrecht, W. (2004). *Duden Die Deutsche Rechtschreibung* (23. Aufl.). Mannheim: Dudenverlag. Zugriff am 12.3.2020. Verfügbar unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Trigger>
- Wittwer, J. (2013, November 27). So viel kostet ein Tag im Spital. *Tagesanzeiger*.

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Eigene Abbildung in Anlehnung an Rycroft-Malone et al. (2004)</i>	14
<i>Abbildung 2: Flowchart vom Suchverlauf, eigene Abbildung</i>	17
<i>Abbildung 3: Evidenzlevelpyramide, eigene Abbildung angelehnt an DiCenso et al. (2009)</i>	18

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Gebräuchlichste Substanzen (Fleckenstein, 2017)</i>	2
<i>Tabelle 2: Keywords</i>	15
<i>Tabelle 3: Einschlusskriterien</i>	15
<i>Tabelle 4: Ausschlusskriterien</i>	15
<i>Tabelle 5: Übersicht über die inkludierten Studien und Fachtexte</i>	20

Wortzahl

Abstract: 200

Arbeit exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung, Anhang: 9'994

Danksagung

Ein ganz grosses Danke geht an unsere Betreuungsperson Doris Ruhmann, die uns kompetent und sicher durch den ganzen Schreibprozess manövriert hat. Ein weiteres Dankeschön geht an [REDACTED] fürs Korrekturlesen. Zuletzt wollen wir allen Angehörigen und Freunden danken, die uns immer wieder Mut zum Weiterschreiben gemacht haben.

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Winterthur, 28. April 2020



Deborah Larsen



Michelle Streicher

Anhang

Suchhistorie

CINAHL

#	Datum	Suchbegriffe	Hits
1	17.07.2019	(nurse or nurses or nursing) and (substance abuse or substance use or drug abuse or drug addiction or drug use) and (intervention)	1220
2	17.07.2019	Limit: nicht älter als 10 Jahre (July 2009 - July 2019) (nurse or nurses) AND (substance abuse or drug abuse) AND intervention	182
3	28.08.2019	(MM "Practical nurses") OR (MM "Emergency Nurse Practitioners") OR (MM "Nurse Practitioners") OR (MM "Staff Nurse") OR (MM "Nurses, Male")	19 795
4	28.08.2019	(MM "Substance Dependence") OR (MM "Substance Abuse")	23 249
5	28.08.2019	(MM "Substance Withdrawal Syndrome" OR (MM "Alcohol Withdrawal Delirium") OR (MM "Alcohol Withdrawal Seizures") OR (MM "Substance Withdrawal Controlled") OR (MM "Alcohol Withdrawal Syndrome") OR (MM "Nicotine Withdrawal") OR (MM "Substance Use Treatment Alcohol Withdrawal (Iowa NIC)"))	2 756
6	28.08.2019	S3 AND S4	231
7	28.08.2019	(S2 AND S4) AND nurse	7

PubMed

#	Datum	Suchbegriffe	Hits
1	17.07.2019	nurse or nursing AND substance abuse or addiction AND withdrawal symptoms AND intervention	1522
2	17.07.2019	nurse or nursing AND substance abuse or addiction AND withdrawal symptoms AND intervention and nursing intervention	188
3	27.08.2019	((nursing intervention) AND (substance abuse OR addiction)) AND withdrawal symptoms	190
4	27.08.2019	S3 AND Limits : nicht älter als 10 Jahre	98
5	28.08.2019	((("nurses"[MeSH Terms]) AND ("substance-related disorders"[MeSH Terms]) AND ("substance withdrawal syndrome" [MeSH Terms]) AND ("methods" [MeSH Terms]) NOT "infant, newborn" [MeSH Terms]) NOT ("gravity" [MeSH Terms]) NOT ("child" [MeSH Terms]))	65

Medline

#	Datum	Suchbegriffe	Hits
1	27.08.2019	nursing intervention and (substance abuse or addiction) and withdrawal symptoms	0
2	27.08.2019	(nursing intervention and (substance abuse or substance addiction))	10
3	28.08.2019	*nurses/ OR exp nurse practitioners/ OR *nurse specialists/ OR *nurses community health/ OR *nurses international/ OR *nurses, male/ OR *nurses, public health/ OR *nursing staff/	64 397
4	28.08.2019	Exp Substance-Related Disorders/	268 472
5	28.08.2019	Exp Substance Withdrawal Syndrome	22 702
6	28.08.2019	S1 AND S2 AND S3	10
7	12.02.2020	CIWA-Ar AND Alcohol Withdrawal Syndrome (Diese Suche wurde aufgrund der bestehenden Literatur der Autorinnen durchgeführt, in welchen immer wieder von diesem Assessment Instrument die Rede war.	73

Pubpsych

#	Datum	Suchbegriffe	Hits
1	03.01.2020	Withdrawal AND interventions AND substance	242
2	03.01.2020	S1 AND Limit nicht älter als 10 Jahre und englisch oder deutsche Sprache	110

PsychInfo

#	Datum	Suchbegriffe	Hits
1	03.01.2020	Intervention AND withdrawal AND substance	229
2	03.01.2020	S1 AND Limit nicht älter als 10 Jahre und englisch oder deutsche Sprache	146

CIWA-Ar Tabelle vom Universitätsspital Basel

Alkoholentzugsskala: CIWA-AR
(Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale)

	Datum																			
	Uhrzeit																			
	Visum																			
1. Übelkeit und Erbrechen																				
(0) keine Übelkeit und kein Erbrechen (1) leichte Übelkeit ohne Erbrechen (4) gelegentlich Übelkeit mit Brechreiz und Würgen (7) dauernde Übelkeit, häufiger Brechreiz, Würgen und Erbrechen																				
2. Tremor (Arme ausgestreckt und Finger gespreizt)																				
(0) kein Tremor (1) Tremor nicht sichtbar, aber an Fingerspitze zu fühlen (4) mässiger Tremor bei ausgestreckten Armen (7) starker Tremor auch bei nicht ausgestreckten Armen																				
3. Schweissausbrüche																				
(0) kein Schweiss sichtbar (1) kaum wahrnehmbares Schwitzen, Handflächen feucht (4) deutliche Schweisstropfen auf der Stirn (7) durchgeschwitzte Kleidungsstücke																				
4. Ängstlichkeit																				
(0) keine Ängstlichkeit, entspannt (1) leicht ängstlich (4) mässige Angst oder Wachsamkeit, die auf Angst schliessen lässt (7) vergleichbar mit akuter Panik, wie sie bei schweren Delirien oder bei akuten schizophrener Episoden auftritt																				
5. Antriebsniveau																				
(0) normale Aktivität (1) etwas mehr als normale Aktivität (4) mässige Unruhe oder Ruhelosigkeit (7) geht während des Interviews meist auf und ab oder schlägt bzw. nestelt mit den Händen hin und her																				
6. Taktile Störungen																				
(0) keine Störungen (1) kaum Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen oder Taubheitsgefühle (2) leichtes Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen oder leichte Taubheitsgefühle (3) mässiges Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen, oder mässige Taubheitsgefühle (4) mässig (5) starke (6) sehr starke taktile Halluzinationen (7) anhaltende taktile Halluzinationen																				
7. Akustische Störungen																				
(0) nicht vorhanden (1) ganz leichte Geräuschverzerrung oder Schreckhaftigkeit (2) leichte (3) mässige Geräuschverzerrung oder Schreckhaftigkeit (4) mässig (5) starke (6) sehr starke akustische Halluzinationen (7) anhaltende akustische Halluzinationen																				
8. Visuelle Störungen																				
(0) nicht vorhanden (1) ganz leicht (2) leicht (3) mässig vermehrte Lichtempfindlichkeit (4) mässig (5) starke (6) sehr starke (7) anhaltende optische Halluzinationen																				
9. Kopfschmerzen Druckgefühle im																				
(0) keine (1) ganz leichte (2) leichte (3) mässige (4) mässig starke (5) starke (6) sehr starke (7) extrem starke Kopfschmerzen																				
10. Orientiertheit und Trübung des Bewusstseins																				
(0) orientiert und kann fortlaufend ergänzen (1) kann nicht fortlaufend ergänzen oder ist unsicher hinsichtlich des Datums (2) desorientiert über das Datum um nicht mehr als zwei Kalendertage (3) desorientiert über das Datum um mehr als zwei Kalendertage (4) desorientiert Ort und/oder Person																				
Punkte																				
Temesta mg																				
Haldol: mg																				

Alkohol-Entzugs-Skala (dt. Vers. CIWA-Ar)

Patient: _____

1. Übelkeit und Erbrechen

Fragen: „Ist Ihnen schlecht? Haben Sie sich übergeben?“

- (0) keine Übelkeit und kein Erbrechen
- (1) leichte Übelkeit ohne Erbrechen
- (2)
- (3)
- (4) gelegentlich Übelkeit mit Brechreiz und Würgen
- (5)
- (6)
- (7) dauernde Übelkeit, häufiger Brechreiz, Würgen und Erbrechen

2. Tremor (Arme ausgestreckt und Finger gespreizt)

- (0) kein Tremor
- (1) Tremor nicht sichtbar, aber an Fingerspitze zu fühlen
- (2)
- (3)
- (4) mäßiger Tremor bei ausgestreckten Armen
- (5)
- (6)
- (7) starker Tremor auch bei nicht ausgestreckten Armen

3. Schweißausbrüche

- (0) kein Schweiß sichtbar
- (1) kaum wahrnehmbares Schwitzen, Handflächen feucht
- (2)
- (3)
- (4) deutliche Schweißtropfen auf der Stirn
- (5)
- (6)
- (7) durchgeschwitzte Kleidungsstücke

4. Ängstlichkeit

Fragen: „Sind Sie nervös oder ängstlich?“

- (0) keine Ängstlichkeit, entspannt
- (1) leicht ängstlich
- (2)
- (3)
- (4) mäßige Angst oder Wachsamkeit, die auf Angst schließen läßt
- (5)
- (6)
- (7) vergleichbar mit akuter Panik, wie sie bei schweren Delirien oder bei akuten schizophrenen Episoden auftritt

5. Antriebsniveau

- (0) normale Aktivität
- (1) etwas mehr als normale Aktivität
- (2)
- (3)
- (4) mäßige Unruhe oder Ruhelosigkeit
- (5)
- (6)
- (7) geht während des Interviews meist auf und ab oder schlägt bzw. nestelt mit den Händen hin und her

6. Taktile Störungen

Fragen: „Spüren Sie irgendein jucken oder Ameisenlaufen, irgendein Brennen oder Taubheitsgefühle oder haben Sie das Gefühl, daß Käfer auf oder unter Ihrer Haut krabbeln?“

- (0) keine Störungen
- (1) kaum Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen oder Taubheitsgefühle
- (2) leichtes Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen oder leichte Taubheitsgefühle
- (3) mäßiges Jucken oder Ameisenlaufen, Brennen, oder mäßige Taubheitsgefühle
- (4) mäßig starke taktile Halluzinationen
- (5) starke taktile Halluzinationen
- (6) sehr starke taktile Halluzinationen
- (7) anhaltende taktile Halluzinationen

7. Akustische Störungen

Datum: _____ Zeit: _____

Fragen: „Sind Sie geräuschempfindlicher? Sind die Geräusche greller als sonst? Erschrecken die Geräusche Sie? Hören Sie etwas, daß Sie stört? Hören Sie Dinge, von denen Sie wissen, daß sie nicht da sind?“

- (0) nicht vorhanden
- (1) ganz leichte Geräuschverzerrung oder Schreckhaftigkeit
- (2) leichte Geräuschverzerrung oder Schreckhaftigkeit
- (3) mäßige Geräuschverzerrung oder Schreckhaftigkeit
- (4) mäßig starke akustische Halluzinationen
- (5) starke akustische Halluzinationen
- (6) sehr starke akustische Halluzinationen
- (7) anhaltende akustische Halluzinationen

8. Visuelle Störungen

Fragen: „Erscheint Ihnen das Licht heller als sonst? Sind die Farben anders? Schmerzen dadurch die Augen? Sehen Sie irgend etwas, daß Sie stört? Sehen Sie Dinge, von denen Sie wissen, daß die nicht da sind?“

- (0) nicht vorhanden
- (1) ganz leicht vermehrte Lichtempfindlichkeit
- (2) leicht vermehrte Lichtempfindlichkeit
- (3) mäßig vermehrte Lichtempfindlichkeit
- (4) mäßig starke optische Halluzinationen
- (5) starke optische Halluzinationen
- (6) sehr starke optische Halluzinationen
- (7) anhaltende optische Halluzinationen

9. Kopfschmerzen Druckgefühle im Kopf

Fragen: „Fühlt sich Ihr Kopf anders an? Haben Sie das Gefühl, als hätten Sie einen Ring um den Kopf?“ (Schwindelgefühle und Benommenheit sollen nicht beurteilt werden.)

- (0) keine Kopfschmerzen
- (1) ganz leichte Kopfschmerzen
- (2) leichte Kopfschmerzen
- (3) mäßige Kopfschmerzen
- (4) mäßig starke Kopfschmerzen
- (5) starke Kopfschmerzen
- (6) sehr starke Kopfschmerzen
- (7) extrem starke Kopfschmerzen

10. Orientiertheit und Trübung des Bewußtseins

Fragen: „Welcher Tag ist heute? Wo sind Sie? Wer bin ich (der Befragende)?“

- (0) orientiert und kann fortlaufend ergänzen
- (1) kann nicht fortlaufend ergänzen oder ist unsicher hinsichtlich des Datums
- (2) desorientiert über das Datum um nicht mehr als zwei Kalendertage
- (3) desorientiert über das Datum um mehr als zwei Kalendertage
- (4) desorientiert Ort und/oder Person

Gesamtpunktzahl: _____

(Höchst mögliche Punktzahl: 67)

Beurteiler: _____

Pulsfrequenz: _____ / min Blutdruck: _____ / _____

CAGE Fragebogen

CAGE bedeutet: Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener

1	Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2	Haben Sie sich schon einmal darüber geärgert, dass Sie von anderen wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert wurden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3	Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schuldig gefühlt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4	Haben Sie jemals morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Auswertung:

Mindestens zwei positive Antworten bezeugen das wahrscheinliche Vorhandensein von Problemen, die im Zusammenhang mit übermäßigem Alkoholkonsum stehen. Die Wahrscheinlichkeit eines Alkoholmissbrauchs beträgt:

- 62 Prozent bei einer positiven Antwort und
- 89 Prozent bei 2 positiven Antworten.
- Bei drei und vier positiven Antworten beträgt die Wahrscheinlichkeit 99 Prozent.

von www.alter-sucht-pflege.de

Zusammenfassungen der Studien mit Hilfe der AICA Hilfstabelle

Zusammenfassung der Studie 1: Nursing interventions for substance use during psychiatric hospital admissions: Clinical context and predictors

Einleitung	<p>Eine Doppeldiagnostik ist bei psychiatrischen Patienten häufig und schwer behandelbar. Bisherige Studien legen nahe, dass sich das Fachpersonal oftmals nicht in der Lage fühlt diese Patienten und Patientinnen zu betreuen. Auch wenn sie in eine psychiatrische Klinik eingeliefert werden, kann es sein, dass sie weiterhin Drogen konsumieren. Dies kann durch Wechselwirkungen durch die Medikamente, welche sie von der Klinik erhalten, schwerwiegende Folgen haben.</p> <p>In der Studie wurden die registrierten Fälle von Drogenmissbrauch während eines Klinikaufenthaltes in vier Psychiatrien in London untersucht. Ziel war es zu erforschen, wie oft auf diesen Stationen Konsumereignisse vorkommen und wie das Pflegepersonal</p>
-------------------	--

	darauf reagiert.
Methode	<p>Design: quantitative Studie</p> <p>Verfahren: Die Daten wurden in elektronischen Patientendaten gesucht, welches anonymisierte Patientendaten enthält. Zugriff auf die Patientendaten erhalten die Forscher über das CRIS-System (Clinical Record Interactive Search), der Zugriff wurde Oxfordshire Research Ethics Committee genehmigt. Die Stichprobe wurde zwischen Januar und Dezember 2017 gesammelt.</p> <p>Masse: Es wurden 31'260 Einträge gefunden und jeder auf seine Relevanz überprüft. Zudem wurden die Beschreibung der Handlung des Pflegepersonals ermittelt, sowie Beschreibungen des Konsum- und Aggressionsverhalten des Patienten oder der Patientin. Der illegale Substanzkonsum wurde als aktuell eingestuft, wenn er maximal drei Monate vor dem Klinikaufenthalt stattfand, der Alkoholkonsum wurde anhand der ICD-10 Diagnosen eingestuft und das Gewaltpotenzial anhand der Patienten Konflikt Checkliste.</p> <p>Analyse: Für alle Analysen wurden logistische Regressionsanalysen auf mehreren Ebenen durchgeführt. Unterschiede innerhalb der Stichprobe wurden dargestellt. Unabhängige Variablen wurden in sechs Bereiche eingeteilt: (1) demografische Variablen des Patienten (2) klinische Merkmale (3) Konsum im bisherigen Leben (4) gegenwärtiger Konsum (5) Konsum von Cannabis, Opiaten, Stimulanzien oder Alkohol während der Aufnahme (6) Verhaltens- und Managementvariablen des Pflegepersonals für jedes Ereignis.</p> <p>Signifikant → $P = < 0,05$</p> <p>Nicht signifikante Resultate wurden gelöscht.</p>
Ergebnisse	<p>Allgemein: Insgesamt wurden 2'091 Patientendaten involviert wobei es 826 Fälle von Drogen- oder Alkoholkonsum gab. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 72,5 Tage. Das Durchschnittsalter lag bei 38 Jahren. Die Mehrheit bestand aus alleinstehenden Männern. Die häufigste primäre Diagnose war Schizophrenie. Die meisten Patienten und Patientinnen waren vor ihrer Einlieferung in ein Krankenhaus eingeliefert worden.</p> <p>(3) Konsumereignisse: Jeder Patient/Patientin hatte im Durchschnitt 3,97 Konsumereignisse. Ein Drittel der Vorfälle beruhte auf dem Verdacht der Mitarbeiter und wurde nicht weiter bestätigt.</p> <p>(4) Ort: 39% der Konsumereignisse fanden auf der Station statt, 41% während dem Urlaub und 10% bei Abwesenheit ohne Urlaub.</p> <p>(5) Konfliktverhalten: In 204 Fällen der gemeldeten Drogen- oder Alkoholkonsumereignisse wurde Konfliktverhalten von Patienten und Patientinnen aufgezeichnet.</p> <p>(6) Pflegeinterventionen: Es wurden 15 Kategorien für die Reaktion des Pflegepersonals identifiziert. Das Gespräch mit dem Patienten/Patientin über den Vorfall zu suchen war die häufigste Intervention des Personals. Die übrigen Maßnahmen des Personals waren in der Regel strafend und betrafen Durchsuchungen und Änderungen der Urlaubsbedingungen. Nur in 18 Vorfälle berieten Mitarbeitende die Klienten und Klientinnen in Bezug auf den Substanzkonsum, Trigger, Bewältigungsstrategien und</p>

	Abstinenz.
Diskussion	<p>Die Aufzeichnungen erweckten den Eindruck, als hätte die Behandlung der Suchtproblematik beim klinischen Personal keine Priorität. In der Hälfte der Vorfälle wurden überhaupt Massnahmen ergriffen. Meist waren diese Massnahmen belehrend, Regel verschärfend oder bestrafend. Die Forscher bezeichnen diese Massnahmen zwar nicht als falsch aber sie sagen, dass dadurch die Möglichkeit zur direkten Ansprache des Konsumverhaltens nicht genutzt wurde. In früheren Studien hat sich gezeigt, dass eine kurze motivationssteigernde oder rückfallpräventive Intervention die Patienten und Patientinnen unterstützen kann.</p> <p>Durch die Doppeldiagnostik, welche viele der untersuchten Patienten und Patientinnen aufwiesen, kann es auch sein, dass der Konsum zu einem herausforderndem Verhalten geführt hat. In diesem Fall mussten die Pflegefachpersonen schnell reagieren.</p> <p>Bei den Arten der konsumierten Drogen gibt es Übereinstimmungen zu früheren Studien. Limitationen: Abhängigkeit der Genauigkeit der in den klinischen Aufzeichnungen. Einige Vorfälle wurden möglicherweise überhaupt nicht gemeldet.</p> <p>Das Pflegepersonal sollte in der Lage sein, diese Population in der Bewältigung des Substanzmissbrauchs zu unterstützen und ihnen bei gesundheitlichen und sozialen Problemen zu helfen. Diese Unterstützung sollte von Beginn des Aufenthalts bis zum Ende geboten werden. Dazu sollen Pflegeplanungen gemacht werden und die Entlassung mit anderen Diensten verknüpft werden.</p> <p>Weiterführende Studien sollen sich mehr mit bewährten Praktiken auseinanderzusetzen.</p>

Zusammenfassung der Studie 6: Assessment of a Hospital-Wide CIWA-Ar Protocol for Management of Alcohol Withdrawal Syndrome

Einleitung	<p>Ziel war die Feststellung, ob ein klinikweites, symptombasiertes Alkoholentzugsprotokoll zu signifikanten klinischen Verbesserungen der Patientenergebnisse, der Sicherheit und der Effizienz des Krankenhauses führen kann.</p> <p>Hypothese der Studie ist, dass die Verwendung des CIWA-Ars mithilfe eines multidisziplinären Ansatzes eine Verbesserung der Sicherheit, Qualität und Effizienz in einem städtischen Lehrspital bewirken kann.</p> <p>Das Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol, Revised (CIWA-Ar) ist ein validiertes 10-Punkte-Assessment-Tool zur Quantifizierung der Schwere des Alkoholentzugssyndroms (AWS) und soll die klinische Behandlung mit Benzodiazepinen (BZDs) leiten. Die Wahl, Dosierung und Häufigkeit der Medikamente werden vom verschreibenden Arzt festgelegt und vom Pflegepersonal durchgeführt.</p>
Methode	<p>Die Studie wurde in einem großen städtischen akademischen Krankenhaus mit 535 Betten durchgeführt. Es handelt sich um eine retrospektive / prospektive Kohortenstudie. Sie wurde von der örtlichen Institutional Review Board genehmigt.</p>

	<p>Vorprotokoll (Im Jahr 2016), Nachprotokoll (1.3-30.8.17): Alle Patienten die älter als 18 Jahre waren, laut dem ICD 10 eine abhängigkeitserkrankung haben und in einem der beiden Zeiträumen in den untersuchten Krankenhäuser stationär behandelt wurden, nahmen an der Studie teil. Patienten, welche keine Medikation zur Behandlung des Alkoholentzugssymptomes erhielten, wurden ausgeschlossen.</p> <p>Einführung: 1. Einen Score festgelegt bei welchem die Behandlung mit diesem Instrument zwingend notwendig ist. 2. Experten für das CIWA-Ar festgelegt 3. Eine weltweite Schulung für alle Anwender des CIWA-Ars angeboten.</p> <p>276 Personen im Vorprotokoll und 145 im Nachprotokoll</p> <p>Bewertet wurden: Die durchschnittliche Verweildauer im Spital, der Tod im Krankenhaus, durchschnittliche Verweildauer auf der Intensivstation, Atemversagen, Epileptische Anfälle, Lumbalpunktionen, Sitzwachebedarf</p> <p>Ausgangsmerkmale wie: Geschlecht, vorbestehende medizinische Diagnosen, klinische Labordaten, maximaler anfänglicher CIWA-Ar Score und der mittlere Blutalkoholspiegel wurden gesammelt.</p> <p>Vergleiche kontinuierlicher Variablen zwischen Vor- und Nachimplementierung wurden mit dem unabhängigen Studenten t-Test durchgeführt. Der Fisher-Exact-Test wurde für kategoriale Variablen verwendet. P-Werte von weniger als 0,05 wurden als statistisch signifikant angesehen. Alle Analysen wurden unter Verwendung von SAS 9.4 durchgeführt.</p>
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> -signifikanter Unterschied bei der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus. -signifikante Verringerung des Benzodiazepin-Einsatzes -signifikante Verringerung der Zusatzmedikation -signifikante Reduzierung der Neurologischen Bildgebung und Lumbalpunktionen -signifikant verbesserte Patientensicherheit -keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf: Tod im Krankenhaus, den Einsatz von Sitzwachen und epileptische Anfälle
Diskussion	<p>Die Autoren gehen von mehreren Schlüsselfunktionen aus, die zum Erfolg des Projektes geführt haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Das Miteinbeziehen der Schlüsselfachpersonen in die Planung des Projektes -vorgegebene Sicherheitskriterien <p>Positive Aspekte der Studie:</p> <ul style="list-style-type: none"> -kostengünstiger und leicht umsetzbarer Ansatz -nur eine minimale Schulung des Personals ist erforderlich -Durch die Anwendung des CIWA-Ar Protokolls ist die Pflege häufig im Zimmer des Patienten oder der Patientin und kann so ein Delirium tremens vorbeugen -Die Mitarbeiter der Institutionen berichteten auch 2 Jahre nach der Studie einen positiven Effekt des CIWA-Ars <p>Limitationen der Studie:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -keine Untersuchungen von schwer abhängigen Patienten und Patientinnen -Single Center Studie -Population ist sehr vielfältig und entspricht evtl. nicht einzelnen Institutionen -das nicht randomisierte retrospektive / prospektive Design kann zu nicht gemessenen Unterschieden zwischen den beiden Populationen geführt haben -der Studienzeitraum war begrenzt <p>Fazit:</p> <p>Das Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass die Implementierung eines symptom-basierten Alkoholentzug-Protokolls in einem allgemeinmedizinischen / chirurgischen Krankenhaus zu signifikanten Verbesserungen der Patientensicherheit und Betriebseffizienz führen und potenzielle Kosteneinsparungen bewirken kann.</p>
--	---

Zusammenfassung der Studie 7: The Use of Art and Music Therapy in Substance Abuse Treatment Programs

Einleitung	<p>Studienfrage: Diese Studie konzentriert sich auf zwei Formen von alternativen medizinischen Praktiken (CAM): Kunsttherapie und Musiktherapie und untersuchen organisatorische Kontexte, in denen sie verwendet werden. Das Verständnis des Kontextes, in dem diese Therapien eingesetzt werden, ist eine wichtige Komponente, um den Einsatz von Kunst- und Musiktherapie und möglicherweise anderen CAM-Techniken innerhalb der Substanzkonsums (SUD)-Behandlung zu verbessern. Dabei werden hauptsächlich die Frauen und die Jugendlichen untersucht.</p> <p>Kunsttherapie: Durch die Kunsttherapie soll sich der Patient oder die Patientin auf eine nonverbale und kreative Art und Weise ausdrücken können.</p> <p>Musiktherapie: Es wird angenommen, dass die Musiktherapie dem Patienten oder der Patientin helfen kann, Emotionen auszudrücken was mit traditionellen Mitteln schwerfallen kann.</p>
Methode	<p>Design: quantitative Studie</p> <p>Die Daten für diese Studie wurden zwischen Juni 2009 und Januar 2012 aus einer nationalen Stichprobe von suchtspezifischen Behandlungsorganisationen gesammelt. Diese wurden nach einem Zufallsprinzip ausgesucht. Ausschlusskriterien: Privatpraxen, Übergangsunterkünfte, Einrichtungen der Veterans Health Administration, Justizvollzugsanstalten, Programme nur zur Entgiftung und Programme zur Methadonbehandlung. Die Studie wurde vom Institutional Review Board der University of Georgia genehmigt. Die Daten wurden anhand von persönlichen Interviews mit dem Administrator und / oder dem klinischen Leiter jedes Behandlungsprogramms gesammelt.</p> <p>Masse: Für die Analyse wurden zwei abhängige Variablen, die Kunsttherapie und die Musiktherapie, verwendet.</p> <p>Unabhängige Variablen: Zwei kontinuierliche Messungen der Patienteneigenschaften wurden eingeschlossen: Prozentsatz der weiblichen Patienten und Prozentsatz der jugendlichen Patienten.</p>

	<p>Analytische Strategie: Zunächst wurden deskriptive Statistiken der Studienvariablen untersucht. Als Nächstes wurden zwei logistische Regressionen durchgeführt, um Patienteneigenschaften, andere Behandlungspraktiken und organisatorische Merkmale zu identifizieren.</p> <p>Stichprobengrösse n= 299</p>
Ergebnisse	<p>Insgesamt verwendeten 36,8% der Programme Kunsttherapie und 14,7% Musiktherapie (11,7% beide). Weibliche Patienten 34,9% und jugendliche Patienten 10,8%. Bei den anderen angebotenen Behandlungsarten verwendeten 42,5% der Programme medikamentöse Behandlungen</p> <p>Bei Programmen mit einem höheren Prozentsatz weiblicher Patientinnen war die Wahrscheinlichkeit, Kunsttherapie anzubieten grösser. Es bestand keine signifikante Wahrscheinlichkeit, dass Kunsttherapie angeboten wurde bei einem höheren Prozentsatz von jugendlichen Teilnehmern und Teilnehmerinnen. Programme, die MET verwendeten, boten mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit Kunsttherapie an. Zentren, die Sitzungen in 12 Schritten für ihre Patienten und Patientinnen erforderten, verwendeten mit signifikant grösserer Wahrscheinlichkeit Kunsttherapie.</p> <p>Programme mit einem höheren Prozentsatz weiblichen oder jugendlichen Patienten und Patientinnen boten mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit Musiktherapie an.</p>
Diskussion	<p>Die Evidenz von Kunst und Musiktherapien ist wissenschaftlich belegt, diese Studie belegt die Wirksamkeit der Anwendung in diesen zwei Populationen. Bei den Frauen kann man vermuten, dass sie besondere psychosoziale Bedürfnisse und spezielle soziale Rollen haben und die traditionellen Behandlungsansätze deshalb für sie möglicherweise nicht so effektiv sind. Darüber hinaus könnte die Musiktherapie für jugendliche Patienten und Patientinnen besonders attraktiv sein und entspricht vermutlich eher deren Bedürfnissen.</p> <p>Einschränkungen: Einige Einschränkungen der aktuellen Studie sollten beachtet werden. Erstens können die Ergebnisse nicht auf Behandlungsprogramme verallgemeinert werden, die sich in Einrichtungen der Veterans Health Administration oder in Justizvollzugsanstalten befinden, da diese von der Studie ausgeschlossen wurden. Diese Daten sind Querschnittsdaten und schränken unsere Fähigkeit ein, kausale Argumente zu liefern.</p>

Zusammenfassung der Studie 8: Adding Integrative Meditation with Ear Acupressure to Outpatient Treatment of Cocaine Addiction: A Randomized Controlled Pilot Study

Einleitung	<p>Kokainsucht ist ein grosses Problem in den Vereinigten Staaten. Deren Behandlung stützt sich häufig auf psychosoziale Eingriffe. Da viele Patienten und Patientinnen die Behandlung abbrechen oder einen Rückfall erleiden, müssen Behandlungsergebnisse verbessert werden. Studien deuten darauf hin, dass das Hinzufügen von komplementären und integrativen Ansätzen, insbesondere Meditation und Ohrakupressur, die Entzugssymptome</p>
-------------------	--

	<p>verringern und die Behandlungsretentionsraten verbessern kann.</p> <p>Diese Pilotstudie zur Therapieentwicklung versucht die Machbarkeit und vorläufige Wirksamkeit der Zugabe von atembasierter integrativer Meditation (IM) und Ohrakupressur (EA) (Zusammen: IMEA) zur ambulanten Behandlung von Kokainsucht zu untersuchen.</p>
Methode	<p>56 kokainabhängige Patienten und Patientinnen aus einer ambulanten Suchttherapieeinrichtung in Baltimore wurden für die 12-wöchige Studie rekrutiert und in eine IMEA oder TAU-Gruppe (Treatment as usual) randomisiert. Sie hatten in dieser Zeit wöchentliche Treffen, wobei die Behandlungsergebnisse überwacht und die meditative Therapie erleichtert wurde.</p> <p>Alle Teilnehmenden erhielten TAU. Die Kontrollgruppe (=nur-TAU-Gruppe) erhielt nur TAU, traf sich jedoch wöchentlich mit Forschungsmitarbeitern zur Erhebung der Studiendaten. Die IMEA-Gruppe erhielt zusätzlich Ohr-Akupressurbehandlung (Kräutersamen aufs Ohr geklebt, den die Teilnehmer in den ersten 2-3 Wochen 20 Mal pro Sitzung in 4-5 Sitzungen pro Tag drücken sollten). Geschultes Personal klebte die Akupressursamen wöchentlich neu und überprüfte die Akupressurtechnik. Zudem wurde die IMEA-Gruppe in IM instruiert (Bauchatmung, 6 Atemzüge pro Minute, Atemzüge zählen). Sie erhielten je ein MP4-Gerät mit RF-Atemprogramm mit Audio- und visuellen Hilfsmitteln, die zur Übung zu Hause als Orientierungshilfe im täglichen Atmen und Meditieren verwendet werden können (15 Minuten Bauchatmung mit offenen Augen, dann 15 Minuten RF-Atmung mit geschlossenen Augen, dann Meditation: zuerst 15, dann 20, dann 25 Minuten).</p> <p>Die Ergebnismasse bestand aus Behandlungsretentionsraten (bis Wochen 8 und 12), Abstinenzraten (6 Wochen ununterbrochener negative Urinanalyse auf Kokain) und suchtbezogenen Symptomen wie Angstzustände, Craving, Depressionen und Entzugssymptomen.</p>
Ergebnisse	<p>Die IMEA-Teilnehmer hatten im Vergleich zur TAU-Gruppe über signifikant höhere Abschlussraten in der Woche 8 (89% vs. 63%) und Woche 12 (81% vs. 58%), höhere Abstinenzraten (66% gegenüber 34%) und eine signifikant höhere Reduktion des Cravings, Angst und anderen suchtbezogenen Symptomen. Zudem wiesen IMEA-Teilnehmer eine stärkere Zunahme des Situationsvertrauens in Bezug auf die Versuchung mit Drogen und eine höhere Selbstwirksamkeit auf als die Kontrollgruppe. Es gab keine signifikanten Gruppenunterschiede bei Depressionen, Entzugssymptomen oder der Voris-Kokain-Craving-Skala. Einige Teilnehmende setzten die Meditation nach Abschluss der Studie fort.</p>
Diskussion	<p>Als Phase-1-Studie zur Verhaltenstherapie und -entwicklung sind die Gesamtergebnisse sehr ermutigend. 80% der IMEA-Patienten gab an, an 5 oder mehr Tagen pro Woche Atmung oder Meditation zu üben, was auf eine hohe Akzeptanz hinweist.</p> <p>IMEA soll insbesondere die physiologische Erregung reduzieren und die Entspannung und positive Beeinflussung erleichtern, wodurch die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls verringert wird. Zusätzlich lernen die Teilnehmenden, Ruhe oder „erholsame Wachsamkeit“</p>

	<p>zu erreichen, die mit der Aktivierung von Aufmerksamkeitssystemen und der Deaktivierung von Thalamus-Eingangsschaltungen einhergeht. Dieser Prozess hilft beim Wiederaufbau von Aufmerksamkeitsnetzwerken und fördert die Selbstständigkeit und verinnerlichte Aufmerksamkeit, um abstinenten Patienten und Patientinnen vor einem Rückfall zu bewahren. Die Studiendaten deuten darauf hin, dass IMEA die Aufmerksamkeit verbessern, die Anspannung verringern und einen Rückfall verhindern kann. Als Self-Care-Therapie kann dies den Patienten und Patientinnen helfen, vom traditionellen Behandlungsmuster der Suche nach Hilfe außerhalb des Therapeuten/Therapeutin, der Therapie oder der Einrichtung zum Blick nach innen überzugehen („Ich kann es selbst tun“). IMEA kann bestehende Behandlungsprogramme ergänzen und kann möglicherweise an Orten genutzt werden, in denen Zugang zur Behandlung erschwert ist, wodurch mehr wirksame Suchtbehandlung durchgeführt werden kann.</p> <p>Obwohl zukünftige Arbeiten erforderlich sind, um die zugrunde liegenden Mechanismen genauer zu untersuchen, sind diese Behandlungsvorteile ein nützlicher Ausgangspunkt.</p>
--	--

Zusammenfassung der Studie 9: Resistance Training as an Aid to Standard Smoking Cessation Treatment: A Pilot Study

Einleitung	<p>Die Studie befasst sich mit der Auswirkung von Sport bei einer Nikotinentwöhnung. In der Einleitung wird erwähnt, dass es evidenzbasierte Studien gibt, welche belegen, dass Sport bei einem Rauchstopp positive Auswirkungen hat, wie zum Beispiel ein reduziertes Verlangen nach Zigaretten, schwächere Entzugssymptome, weniger negative Stimmungszustände und eine reduzierte Gewichtszunahme. Das RT (Krafttraining) wurde verwendet, da es gut möglich ist, dies mit Geräten oder dem eigenen Körpergewicht zu Hause durchzuführen.</p> <p>Das Ziel der Studie ist es:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) erste Schätzungen der Auswirkungen des Krafttrainings als Ergänzung zur Rauchentwöhnungsberatung auf die Rauchabstinenz und das Körpergewicht / die Zusammensetzung zwischen dem Muskel- und Fettanteil des Körpers zu erhalten. b) Die Machbarkeit der Forschungsmethode für die zukünftige Verwendung in der Praxis zu testen
Methode	<p>Design: quantitatives Forschungsdesign</p> <p>Die Teilnehmer wurden über Zeitungsartikel, Internetwerbungen und Fernsehwerbungen gesucht.</p> <p>Einschlusskriterien: (1) Raucher und Raucherinnen seit mehr als einem Jahr mehr als fünf Zigaretten pro Tag rauchen (2) im Alter von 18-65 Jahren (3) gewillt sein freiwillig mehr als eine Stunde pro Woche Sportübungen durchzuführen.</p> <p>Ausschlusskriterien: (1) chronische Erkrankungen (2) Schwangerschaft (3) rauchloser Tabakkonsum (4) eine schon begonnene Tabakentwöhnung. Aus Sicherheitsgründen mussten alle Teilnehmenden eine ärztliche Einwilligung einholen.</p> <p>Masse: Die Kohlenmonoxidkonzentration wurden mit dem Micro 4 Smokerlyzer bestimmt. Bei der Basis- und 3-Monats-Bewertung wurde die Körperzusammensetzung und die Unter-</p>

	<p>und Oberkörperkraft bestimmt.</p> <p>Prozedere: Zu Beginn nahmen alle Teilnehmenden an vier 30-minütigen Sitzungen teil. Während dieser Zeit wurden die Teilnehmenden gebeten, noch nicht mit dem Rauchen aufzuhören oder mit dem Training zu beginnen. Nach diesen Sitzungen erhielten alle Teilnehmenden ein 15-20-minütige Rauchentwöhnungsberatung und Nikotinpflaster.</p> <p>Interventionsgruppe: (1) zwei 60-minütige Krafttrainingssitzungen pro Woche für 12 Wochen (2) 10 Übungen bei denen die Intensität alle drei Wochen angepasst wurde. (3) Das Rauchen wurde während der Übungen nicht diskutiert. (4) Eine versäumte Sitzung konnte in der Woche danach nachgeholt werden. (5) Alle Teilnehmenden wurden gebeten, sich ausserhalb der überwachten Sitzungen nicht mit dem Krafttraining zu beschäftigen.</p> <p>Kontrollgruppe: Die Kontrollgruppe sah sich zweimal pro Woche alleine einen 25-minütigen, gesundheitsbezogenen Film an.</p> <p>Datenanalyse: Die Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf die Ausgangsvariablen, die Anzahl der Sitzungen und die Abnutzungsraten der Studie bei der Nachuntersuchung wurden anhand der Varianzanalyse und der Chi-Quadrat-Tests bewertet. Unter Verwendung eines logistischen Regressionsmodells wurde die Auswirkung der Behandlungszuweisung auf die Wahrscheinlichkeit, nach 3 Monaten und nach 6 Monaten erfolgreich beendet zu werden untersucht. Die Effektgrößen werden als Quotenquoten dargestellt.</p>																												
Ergebnisse	<p>Stichprobe → n=26 randomisierte Einteilung in RT und CC Gruppe. Drop-out n=1. Die durchschnittliche Rauchdauer betrug 19,1 Jahre, mit einem durchschnittlichen Fagerström-Test auf Nikotinabhängigkeitswert von 4,0 und einem Mittelwert von 18,0 Zigaretten, die täglich geraucht wurden. Das durchschnittliche Körpergewicht zu Studienbeginn betrug 81,8 kg und das durchschnittliche Körperfett betrug 35,1%.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>RT-Teilnehmer</th><th>CC</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Durchschnittlich besuchte Sitzungen:</td><td>18,8 (SD = 6,1)</td><td>18,2 (SD = 5,7)</td></tr> <tr> <td>Abbruchsrte 3 Monate</td><td>8%</td><td>8%</td></tr> <tr> <td>Abbruchsrte 6 Monate</td><td>38%</td><td>50%</td></tr> <tr> <td>Nach 3 Monaten betrugen die objektiv verifizierten 7-Tage-PPA-Raten</td><td>46%</td><td>17%</td></tr> <tr> <td>Die verlängerte Abstinenz betrug (3 Monate)</td><td>16%</td><td>8%</td></tr> <tr> <td>Nach 6 Monaten betrug die objektiv überprüfte 7-Tage-PPA</td><td>38%</td><td>17%</td></tr> <tr> <td>Die verlängerte Abstinenz betrug (6 Monate)</td><td>15%</td><td>8%</td></tr> <tr> <td>Veränderung des</td><td>mittlere Abnahme des</td><td>mittlere Zunahme des</td></tr> </tbody> </table>			RT-Teilnehmer	CC	Durchschnittlich besuchte Sitzungen:	18,8 (SD = 6,1)	18,2 (SD = 5,7)	Abbruchsrte 3 Monate	8%	8%	Abbruchsrte 6 Monate	38%	50%	Nach 3 Monaten betrugen die objektiv verifizierten 7-Tage-PPA-Raten	46%	17%	Die verlängerte Abstinenz betrug (3 Monate)	16%	8%	Nach 6 Monaten betrug die objektiv überprüfte 7-Tage-PPA	38%	17%	Die verlängerte Abstinenz betrug (6 Monate)	15%	8%	Veränderung des	mittlere Abnahme des	mittlere Zunahme des
	RT-Teilnehmer	CC																											
Durchschnittlich besuchte Sitzungen:	18,8 (SD = 6,1)	18,2 (SD = 5,7)																											
Abbruchsrte 3 Monate	8%	8%																											
Abbruchsrte 6 Monate	38%	50%																											
Nach 3 Monaten betrugen die objektiv verifizierten 7-Tage-PPA-Raten	46%	17%																											
Die verlängerte Abstinenz betrug (3 Monate)	16%	8%																											
Nach 6 Monaten betrug die objektiv überprüfte 7-Tage-PPA	38%	17%																											
Die verlängerte Abstinenz betrug (6 Monate)	15%	8%																											
Veränderung des	mittlere Abnahme des	mittlere Zunahme des																											

	Körpergewichtes (3 Monate)	Körpergewichts 0,6 kg und des Fetts 0,5%	Körpergewichts 0,6 kg und des Fetts 0,6%
	Veränderung des Körpergewichtes (6 Monate)	mittlere Gewichtsreduktion 0,1 kg	mittlere Zunahme 0,5 kg
	Brustkraft (3 Monate)	Erhöht um 9,7 kg	Verringert um 0,2 kg
	Beinkraft (3 Monate)	Erhöht um 67,8 kg	Erhöht um 3,5 kg
	Die durchschnittlich abgeschlossene körperliche Aktivität (3 Monate)	Erhöht um 9,1 Metabolisches Äquivalent MET h/ Woche	Verringert um 0,02 MET h / Woche
	Die durchschnittlich abgeschlossene körperliche Aktivität (6 Monate)	Erhöht um 5,2 MET h / Woche	Erhöht um 3,8 MET h / Woche
Diskussion	<p>Stärken: (1) es wurden sowohl Männer als auch Frauen angeworben. (2) Der Zeitaufwand für die Raucherentwöhnungsbehandlung ist im Vergleich zu anderen sehr kurz und somit auch kostengünstig. (3) Es einen großen Unterschied in der Effektgröße zwischen den Gruppen beim 3-Monats- und 6-Monats-Follow-up, obwohl die Teilnehmenden nur wenig Zeit hatten, sich an der Intervention zu beteiligen (4) diese Studie ist eine der wenigen, die über die Körperzusammensetzung bei denjenigen berichtet, die versuchen, aufzuhören. Die Resultate lassen darauf schliessen, dass mit Krafttraining nicht nur die Gewichtszunahme beim Nikotin-Stopp verhindert wird, sondern zusätzlich die Muskelmasse bewahrt werden kann. Trotz dieser Einschränkungen legen der große Unterschied in der Effektgröße zwischen den Abstinenzgruppen, der mittlere Unterschied in der Effektgröße für das Körpergewicht / die Zusammensetzung und die erfolgreiche Adhärenzrate zusammen nahe, dass Krafttraining eine praktikable Maßnahme zur Raucherentwöhnung ist.</p>		

Zusammenfassung der Studie 10: A Pilot Study of Aerobic Exercise as an Adjunctive Treatment for Drug Dependence

Einleitung	<p>Um nach einem Entzug die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalles zu minimieren (Wahrscheinlichkeit 60-90%), ist es sinnvoll, den Lebensstil zu ändern. Zu den Veränderungen des Lebensstils, kann die körperliche Aktivität gezählt werden. Die körperliche Aktivität kann mittels Suchtverlagerung in eine positive Sucht umgewandelt werden. Sport kann den Betroffenen auch eine Möglichkeit bieten, durch ein anderes Mittel als die Drogen ein Glücksgefühl zu erleben (Dopamin-Ausschüttung) und somit weniger depressive Verstimmungen haben. Gewisse Übungen können auch eine Schlafstörung vorbeugen und die kognitiven Fähigkeiten der Person verbessern. Zudem wird das Selbstwertgefühl der Person aufgewertet. Es fehlen Studien darüber, wie effektiv körperliche Aktivitäten während der Behandlung sind. (Aufzählung von verschiedenen älteren Studien)</p>
-------------------	--

	<p>Ziel der Studie: Eine 12-wöchige Aerobic-Trainingseinheit als Ergänzung zur Behandlung drogenabhängiger ambulanter Patienten und Patientinnen zu testen. Die Forscher untersuchen, wie gut drogenabhängige Patienten und Patientinnen die Vorschriften einhalten. Zudem wird auch die kardiorespiratorische Fitness während und nach der Behandlung untersucht.</p>
Methode	<p>Design: quantitatives Studiendesign</p> <p>Die Teilnehmenden wurden aus einer Alkohol- und Drogenbehandlung in einer psychiatrischen Klinik im Nordosten der USA oder durch Studienwerbung in der lokalen Zeitung gesucht.</p> <p>Einschlusskriterien der Teilnehmenden: (1) waren zwischen 18 und 65 Jahre alt, (2) aktuelle DSM-IV-Kriterien für die Drogenabhängigkeit wurden (3) waren sesshaft (4) befanden sich derzeit in der ambulanten Drogenmissbrauchsbehandlung</p> <p>Ausschlusskriterien der Teilnehmenden: (1) Anorexie oder Bulimie, (2) bipolare Störung, (3) eine Vorgeschichte von psychotischen Störungen oder gegenwärtigen psychotischen Symptomen, (4) gegenwärtiger Suizidversuch oder Suizidgedanken, (5) ausgeprägte organische Beeinträchtigung, (5) körperliche Behinderungen (6) aktuelle Schwangerschaft oder die Absicht, während der nächsten 12 Wochen schwanger zu werden</p> <p>Dadurch, dass die Teilnehmenden schon in einem Suchtprogramm waren, zu Beginn der Studie, befanden sich alle an einem anderen Punkt des Entzuges.</p> <p>Übung Intervention: Das Training besteht aus drei Komponenten: (1) Aerobic Übungen, die Trainingseinheiten begannen mit 20 Minuten pro Sitzung und gingen schrittweise auf 40 Minuten pro Sitzung. Die Herzfrequenz und der Blutdruck wurden vor, während und nach dem Training überwacht. Die Teilnehmenden bekamen zudem Übungen, welche sie zu Hause durchführen konnten. (2) Gruppenverhaltenstraining einmal in der Woche. (3) Anreizsystem: es wurde ihnen pro mitgemachte Einheit ein Gutschein ausgestellt</p> <p>Masse: (1) Das TLFB-Interview wurde verwendet, um den Alkohol- und Drogenkonsum zu Studienbeginn und während der Follow-up-Intervalle zu bewerten. (2) Die wahrgenommenen Belastungen wurden mittels Borg-Skala 6–20 bewertet. (3) Es wurde ein submaximaler Belastungstest durchgeführt. Dieser wurde bei 85% der maximalen Herzfrequenz des Teilnehmenden beendet. (4) Die Körperzusammensetzung der Teilnehmenden wurde bewertet (BMI, MET). (5) Anonyme 20-Punkte-Fragebögen zur Einschätzung, wie hilfreich sie den Sport für den Entzug empfinden.</p>
Ergebnisse	<p>Stichprobe → n=16 durchschnittlich wurde das Training von 8,6 Personen besucht. Signifikant längere Prozent-Tage Abstinenz. Das Rückfallrisiko war bei Teilnehmern die weniger als 75% der Trainingseinheiten besuchten signifikant höher. Keinen signifikanten Unterschied beim BMI (nur ein positiver Trend). In der Hälfte und am Ende der zwölfwöchigen Intervention füllten die Teilnehmenden ein anonymes Formular aus. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass die Trainingseinheiten einen positiven Effekt haben. Bei offenen Fragen zu den Stärken und Schwächen des Programms, identifizierten die Teilnehmenden positive Verstärkung, erhöht Motivation, unterstützende Atmosphäre, mehr Wissen über Bewegung und Anreize als Stärken. Andererseits hätten</p>

	sie gerne zusätzlich Krafttrainingseinheiten gehabt und Informationen zur gesunden Ernährung.
Diskussion	<p>Die Studie zeigt vielversprechende Ergebnisse, die Teilnehmenden beteiligten sich an den Trainingseinheiten und es wurde ein signifikanter Unterschied in der Länge der Abstinenz ausgemacht. Dennoch war es schwierig die Teilnehmenden zu rekrutieren. Die Forschenden vermuten, dass die aufgrund strenger Ein- und Ausschlusskriterien passierte. Dies kann auch eine einschränkende Wirkung auf die Ergebnisse haben. Es gab Teilnehmende, für die es körperlich schwierig war, die Übungen durchzuführen und sich aus diesem Grund andere Übungsformen gewünscht hätten. Trotz dieser Herausforderungen kann das körperliche Training potentiell eine wichtige Ergänzung zur Suchtbehandlung darstellen. Die Übungen bieten eine Verbesserung der Gesundheit und ein grösseres Wohlbefinden. Zudem ist es kostengünstig und für alle zugänglich. Die körperliche Aktivität zeigt bei korrekter Durchführung im Vergleich zur pharmakologischen Behandlung nur minimale Nebenwirkungen.</p> <p>Einschränkungen dieser Pilotstudie sind das Fehlen einer Kontrollgruppe, eine geringe Stichprobengrösse.</p>

Kritische Würdigung der Studien

Würdigung der Studie 1: Nursing interventions for substance use during psychiatric hospital admissions: Clinical context and predictors

Einleitung	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung? Ja, trotzdem, dass die Studie in einem psychiatrischen Setting stattfand, kann man viele der Ergebnisse auf das Akutspital übertragen.</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ja</p> <p>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt? Ja</p>
Methode	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Ja</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? Ja</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation? Ja</p> <p>Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Hauptsächlich auf die Patienten und Patientinnen in einer psychiatrischen Klinik. Die Ergebnisse, wie die Pflegefachpersonen auf den Konsum reagiert haben, können aber auch auf das</p>

	<p>Akutspital angewandt werden.</p> <p>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Ja</p> <p>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Ja</p> <p>Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich? Ja</p> <p>Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben? Ja</p> <p>Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability) valide (validity)? Nein</p> <p>Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Ja</p> <p>Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt? Nein</p> <p>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Ja</p> <p>Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? Ja</p> <p>Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus? Ja</p> <p>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? Ja</p> <p>Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet? Ja</p> <p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Die Verwendung für diesen Zweck wurde vom Oxfordshire Research Ethics Committee genehmigt.</p>
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse sind präzise formuliert und werden zur Unterstützung des Textes in präzisen und vollständigen Tabellen und Darstellungen dargestellt.</p>
Diskussion	<p>Werden alle Resultate diskutiert? Ja</p> <p>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja</p> <p>Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja</p> <p>Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Ja, teilweise.</p> <p>Ist diese Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Ja</p> <p>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu</p>

	wiederholen? Ja
--	-----------------

Würdigung der Studie 6: Assessment of a Hospital-Wide CIWA-Ar Protocol for Management of Alcohol Withdrawal Syndrome

Einleitung	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung? Ja. Die Studie behandelt zwar ausschliesslich ein Assessmentinstrument, welches für den Alkoholentzug verwendet wird, dennoch zeigt sie auf, wie wichtig ein gutes Assessmentinstrument ist.</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. Durch Hypothesen ergänzt? Ja</p> <p>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur Logisch dargestellt? Ja</p>
Methode	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Ja</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation? Ja</p> <p>Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Auf erwachsene Patienten und Patientinnen mit einer leichten bis mittelschweren Alkohol-Entzugssymptomatik im Akutspital.</p> <p>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Beeinflussen die Drop-outs die Ergebnisse? Die Stichprobe betrug in der Präprotokollgruppe und in der Postprotokollgruppe 145 Probanden. Begründet wird die Stichprobengrösse wie folgt: Alle Patienten mit einer Aufnahme oder Entlassungsdiagnose in Bezug auf Alkohol (Codes F10.1, F10.2 und Z71.4 im ICD 10), die älter als 18 Jahre waren und zwischen dem 1. Januar 2016 und dem 31. Dezember 2016 stationär behandelt wurden, wurden in die Studie eingeschlossen. Es werden keine Drop-outs angegeben, da die Pflegefachpersonen die Interventionen an den Patienten und Patientinnen durchführten.</p> <p>Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich? Da es sich um eine retrospektiv/prospektive Kohortenstudie handelt, haben die Autoren keine Vergleichsgruppe erstellt. Sie haben die Daten aus der Vergangenheit mit den Daten verglichen, welche sie von der Stichprobe erhalten haben.</p> <p>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Ja</p> <p>Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich? Ja</p> <p>Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben? Ja</p>

	<p>Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability) und valide (validity)? Ja</p> <p>Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Ja</p> <p>Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt? Nein</p> <p>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Ja</p> <p>Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus? Ja</p> <p>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung und ist die Höhe des Signifikanzniveaus angegeben? Ja</p> <p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Die Studie wurde vom örtlichen Institutional Review Board genehmigt</p>
Ergebnisse	<p>Die Ergebnisse sind präzise formuliert und werden durch präzise formulierte und vollständige Tabellen ergänzt.</p>
Diskussion	<p>Werden alle Resultate diskutiert? Nein</p> <p>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja</p> <p>Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja</p> <p>Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Ja</p> <p>Ist diese Studie sinnvoll? Ja</p> <p>Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Ja</p> <p>Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar? Eine gute Einführung und Anleitung der Fachpersonen müssen gewährleistet sein, dass das Protokoll zuverlässig und korrekt angewandt wird. Ansonsten kann das Protokoll sehr gut und einfach in der Praxis angewandt werden.</p> <p>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Ja</p>

Würdigung der Studie 7: The Use of Art and Music Therapy in Substance Abuse Treatment Programs

Einleitung	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung? Die Studie geht auf die Frage ein, in welchen Settings die Kunst und die Musiktherapie heute schon angewandt wird. Sie beantwortet nur indirekt die Forschungsfrage der Bachelorarbeit. Dennoch enthält die Studie sehr interessante Aussagen in Bezug auf Interventionen bei abhängigen Klienten und Klientinnen.</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ja</p> <p>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt? Ja</p>
Methode	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Ja</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? Ja</p> <p>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Ja</p> <p>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Ja</p> <p>Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich? Ja</p> <p>Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben? Nein</p> <p>Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability) valide (validity)? Ja</p> <p>Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Nein</p> <p>Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt? Nein</p> <p>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Ja</p> <p>Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? Ja</p> <p>Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus? Ja</p> <p>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? Ja</p> <p>Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet? Nein</p> <p>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende</p>

	Massnahmen durchgeführt worden? Die Forschungsverfahren wurden vom Institutional Review Board der University of Georgia genehmigt.
Ergebnisse	Die Ergebnisse sind präzise formuliert und werden zur Unterstützung des Textes in präzisen und vollständigen Tabellen und Darstellungen dargestellt.
Diskussion	<p>Werden alle Resultate diskutiert? Ja</p> <p>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja</p> <p>Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja</p> <p>Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Nein</p> <p>Ist diese Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Ja</p> <p>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Nein</p>

Würdigung der Studie 8: Adding Integrative Meditation with Ear Acupressure to Outpatient Treatment of Cocaine Addiction: A Randomized Controlled Pilot Study

Einleitung	<p>Beantwortet die Studie eine wichtig Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung? Ja</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ja</p> <p>Ev. durch Hypothesen ergänzt? Nein, die guten Erfolge der Ohrakupressur und der Integrativen Meditation werden jedoch thematisiert.</p> <p>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt? Ja</p>
Methode	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Ja</p> <p>Werden die Gefahren der internen und externen Validität kontrolliert? Ja</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? Ja</p> <p>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation? Ja</p>

Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Bei der Stichprobe handelte es sich um Patienten und Patientinnen mit einer Kokainabhängigkeit und einer Kokainabhängigkeit und weiteren Drogenabhängigkeiten (ohne suizidal Gefährdete und Patienten/Patientinnen mit psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie).

Ist die Stichprobengröße angemessen? Sie ist eher klein mit 29 Patienten und Patientinnen in der Interventionsgruppe (IMEA) und 27 in der Kontrollgruppe (56 insgesamt).

Wie wird sie begrenzt? Anhand der Einschlusskriterien und der begrenzten Anzahl Patienten und Patientinnen der Behandlungseinrichtung, in der die Studie durchgeführt wurde.

Beeinflussen die Drop-outs die Ergebnisse? Ja, diese lieferten jedoch auch gute Ergebnisse an sich (Bei der IMEA-Gruppe kam es zu signifikant weniger Drop-outs als bei der Kontrollgruppe).

Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sie wurden nach Zufallsprinzip aus den ausgewählten Studienteilnehmern gewählt. **Sind sie ähnlich?** Ja

Werden Drop-outs angegeben und begrenzt? Ja

Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Ja

Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich? Ja

Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben? Ja

Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)? Ja

Sind die Messinstrumente valide (validity)? Ja

Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begrenzt? Ja

Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt? Ja

Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Ja

Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? Ja

Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus? Ja

Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? Ja

Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begrenzt? Das festgelegte

	Signifikanzniveau wird nicht erwähnt.
	Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Dies wird nicht thematisiert.
Ergebnisse	<p>Sind die Ergebnisse präzise? Ja</p> <p>Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden...) Ja • Sind sie eine Ergänzung zum Text? Ja
Diskussion	<p>Werden alle Resultate diskutiert? Ja</p> <p>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja</p> <p>Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Nein, da es sich hierbei um eine Pilotstudie handelt.</p> <p>Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Ja, jedoch nur wenig.</p> <p>Ist diese Studie sinnvoll? Ja</p> <p>Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Ja</p> <p>Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar? Sie sind gut in die Praxis aber auch zu Hause (in jedem Setting) umsetzbar, da die Interventionen günstig und einfach anwendbar sind.</p> <p>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Ja</p>

Würdigung der Studie 9: Resistance Training as an Aid to Standard Smoking Cessation Treatment: A Pilot Study

Einleitung	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung? Ja</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt? Ja</p> <p>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt? Ja</p>
------------	---

Methode	Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Ja
	Werden die Gefahren der internen und externen Validität kontrolliert? Nein
	Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? Ja
	Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation? Nein, da die Hälfte der Teilnehmenden der Studie einer rassischen oder ethnischen Minderheit angehören.
	Ist die Stichprobengrösse angemessen? Nein sie ist zu klein.
	Wie wird sie begründet? Die Teilnehmenden brauchten einen Zugang zu einem Arzt und mussten an einer zweiwöchigen Einlaufphase teilnehmen, um die Teilnehmenden auszuschliessen, welche nicht genügend motiviert waren.
	Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Anhand einer computergenerierten Randomisierung (Contact Control)
	Sind sie ähnlich? Nein
	Werden Drop-outs angegeben und begründet? Ja
	Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Teilweise
	Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich? Ja
	Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben? Ja
	Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability) und valide (validity)? Ja
	Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Ja
	Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt? Nein
	Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Teilweise
	Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? Ja
	Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus? Ja
	Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? Ja
	Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet? Ja

Ergebnisse	Die Ergebnisse sind präzise formuliert und werden zur Unterstützung des Textes in präzisen und vollständigen Tabellen und Darstellungen dargestellt.
Diskussion	<p>Werden alle Resultate diskutiert? Ja</p> <p>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja</p> <p>Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Teilweise</p> <p>Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Ja</p> <p>Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar? Die Ergebnisse sind in der Praxis umsetzbar sofern die Institution die benötigten Mittel (zum Beispiel: Materialien, Geräte und Fachpersonen) zur Verfügung stellen können und die Patienten und Patientinnen in der physischen und psychischen Verfassung sind, diese Übungen durchzuführen.</p> <p>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Ja</p>

Würdigung der Studie 10: A Pilot Study of Aerobic Exercise as an Adjunctive Treatment for Drug Dependence

Einleitung	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung? Das Thema der Studie geht etwas an der Forschungsfrage der Bachelorarbeit vorbei, da sie eine Intervention behandelt, welche darauf abzielt, dass die Patienten und Patientinnen möglichst lange abstinent bleiben. Dennoch hat sie einige Teilaspekte, welche gut zum Thema der BA passen und Aussagen von anderen verwendeten Literaturen unterstützen.</p> <p>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ja</p> <p>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt? Ja</p>
Methode	<p>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Ja</p> <p>Werden die Gefahren der internen und externen Validität kontrolliert? Nein</p> <p>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? Ja</p>

	<p>Ist die Stichprobe repräsentativ f r die Zielpopulation? Nein, da sie zu klein ist.</p> <p>Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich? Es wurden keine Vergleichsgruppen erstellt. Die Ergebnisse wurden mit dem Verhalten der Patienten und Patientinnen vor der Studie verglichen.</p> <p>Werden Drop-outs angegeben und begründet? Ja</p> <p>Ist die Datenerhebung f r die Fragestellung nachvollziehbar? Ja</p> <p>Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich? Ja</p> <p>Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben? Ja</p> <p>Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability) valide (validity)? Ja</p> <p>Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begr ndet? Ja</p> <p>Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt? Nein</p> <p>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Ja</p> <p>Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? Ja</p> <p>Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus? Ja</p> <p>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? Teilweise</p>
Ergebnisse	Die Ergebnisse sind präzise formuliert und werden zur Unterstützung des Textes in präzisen und vollständigen Tabellen und Darstellungen dargestellt.
Diskussion	<p>Werden alle Resultate diskutiert? Ja</p> <p>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten berein? Ja</p> <p>Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja</p> <p>Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Ja</p> <p>Ist diese Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Ja</p> <p>Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar?</p>

	<p>Die Ergebnisse sind in der Praxis umsetzbar, sofern die Institution die benötigten Mittel (zum Beispiel: Materialien, Geräte und Fachpersonen) zur Verfügung stellen kann und die Patienten und Patientinnen in der physischen und psychischen Verfassung sind, diese Übungen durchzuführen.</p> <p>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</p> <p>Ja</p>
--	--

Zusammenfassungen der Fachartikel

Zusammenfassung des Fachartikels 2: Motivational Interviewing

Motivierende Interviews sind eine Reihe von formalisierten, theoriebasierten und empirisch evaluierten interpersonellen Kommunikationstechniken. Diese sollen Patienten und Patientinnen dabei behilflich sein, ihr Verhalten gegenüber Substanzmittelabhängigkeit zu identifizieren und anzuerkennen, um auf dessen Beendigung hinzuarbeiten. Das motivierende Interview arbeitet mit nicht-konfrontativen Ansätzen, welche idealerweise bewirken, dass der Patient oder die Patientin eigene Sorgen über den Substanzmittelkonsum und das Bedürfnis diesen zu ändern äussern. Die Interviewtechniken basieren auf der Annahme, dass die Motivation der Patienten und Patientinnen durch äussere Einflüsse erhöht oder erniedrigt werden kann. Im Journalartikel wird das hierfür benötigte Verhalten der Krankenhausärzte und Krankenhausärztinnen genau erklärt und in Form von Gesprächsbeispielen aufgezeigt. Beim motivierenden Interview kommt es laut Compton et al. (1999) zu verschiedenen Stadien. Diese sind: Präkontemplation, Kontemplation, Aktion, Aufrechterhaltung und Rückfall. Zur Erhöhung der Motivation gibt es acht verschiedene Interaktionstechniken, welche detailliert erläutert werden. Zum Schluss werden gängige Stolpersteine der Kommunikation aufgezeigt und erklärt. Diese seien das Provozieren von Widerstand, das Fokussieren auf das Negative, Vorurteile, zu frühes Fokussieren auf die Substanzmittelabhängigkeit, Beschuldigen und das von Erfahrungen und Meinungen über Substanzmittelkonsum beeinflusst sein. Laut Compton et al. (1999) können Kliniker und Klinikerinnen durch die Anwendung von motivierenden Interviews die Patienten und Patientinnen dazu bewegen, ihr Substanzmittelkonsum zu minimieren oder sogar ganz zu stoppen.

Zusammenfassung des Fachartikels 3: How to Address Methamphetamine Abuse in the United States: Nurses Leading Comprehensive Care

In der Einleitung wird das Ausmass des Methamphetaminkonsums in den USA erläutert und die gesundheitlichen Konsequenzen des Missbrauchs dieser Substanz werden erläutert (u.a. Tachykardie, Herzrhythmusstörungen etc.). Es werden Fakten bezüglich der Herstellung, des Konsums (Frauen vs. Männer) und der Umweltschädigung genannt. Es folgt die detaillierte geschichtliche Entwicklung des Methamphetamins (1880-heute) und dessen Konsum. Dann folgt ein Teil über die aktuelle Statistik, wobei festgestellt wurde, dass in den USA 2011 ca. 100'000 Krankenhausbesuche in Zusammenhang mit Methamphetaminen standen. Die gängigen Strassennamen und Konsummethoden des Methamphetamins werden erläutert. Im folgenden Abschnitt wird der Einfluss des Methamphetamins auf den Körper genau erklärt: Kokain vs. Methamphetamin Wirkung auf den Körper, Gehirn, Dopaminerhöhung etc. Methamphetaminkonsum erhöht das Risiko für Parkinson, Schlaganfälle.

Er führt zu erhöhter Herzfrequenz, erhöhtem Blutdruck. Führt zu Schäden an Blutgefäßen etc. Langzeitfolgen von Methamphetaminkonsum (u.a. Schädigung des Gehirns). Mit Mausversuchen wurden zwei Arzneimittelbehandlungen untersucht: Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die eine Substanz Symptome des akuten Gebrauchs vermindern und Entzugssymptome lindern kann. Jedoch müssten hierzu noch Studien am Menschen abgeschlossen und ausgewertet werden. Des weiteren geht die Studie auf die Behandlung und Pflege im Krankenhaus ein (v.a. in Bezug auf Methamphetaminintoxizität). Das Kapitel «Auswirkungen auf die Pflege» beinhaltet zeigt die wichtige Rolle der Pflegefachpersonen bei der Behandlung.

Zusammenfassung des Fachartikels 4: Inpatient addiction consult service: Expertise for hospitalized patients with complex addiction problems

Substanzenmissbrauchsstörungen (Substance Use Disorders, SUDs) stellen eine enorme Belastung für die Gesellschaft dar. Der Krankenhausaufenthalt ist bei Personen mit einer SUD ein häufiges und kostspieliges Ereignis. Frühere Forschungen haben nicht nur gezeigt, dass es machbar ist, Einzelpersonen in einer Akutversorgung eine Suchtbehandlung anzubieten, sondern auch, dass sie wirksam ist. Angesichts der hohen Prävalenz von SUDs und der immer wieder auftretenden Notwendigkeit, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, bietet der Krankenhausaufenthalt eine entscheidende Gelegenheit für ein wirksames Eingreifen und die Bereitstellung einer evidenzbasierten Suchtbehandlung. Bis heute gibt es für viele Gesundheitsdienstleister ein wichtiges Hindernis bei der Bereitstellung einer evidenzbasierten Suchtbehandlung. Sie fühlen sich insgesamt schlecht gerüstet, um SUDs genau zu untersuchen, zu diagnostizieren oder zu behandeln.

Obwohl einige Krankenhäuser einen universellen Screening-Ansatz für den Missbrauch von Substanzen oder einen SUD mit validierten Instrumenten verwenden, erfolgt ein Großteil der ACS-Überweisungen nach klinischer Beurteilung direkt vom primär aufnehmenden medizinischen oder chirurgischen Team.

Teamzusammensetzung: Die derzeitigen Modelle erfordern häufig eine Personalausstattung, deren Zusammensetzung sich nach den Bedürfnissen und Ressourcen der einzelnen Institute richtet. Ein Arzt, eine Krankenschwester, ein Sozialarbeiter, ein Krankenpflegemanager oder ein Ressourcenspezialist, ein Recovery-Coach oder Peer-Navigator gehören häufig zum Team. Eine Person, die für eine Suchtberatung überwiesen wird, erhält eine umfassende Anamnese und körperliche Untersuchung. Eine vollständige Anamnese ist wichtig für die Bestätigung einer Drogenkonsumstörung, für die Beurteilung des Entzugsrisikos, für die Beurteilung des sozialen Hintergrundes und für die Beurteilung der Bereitschaft einer Person zur Suchtbehandlung.

Die Laboruntersuchung kann dazu beitragen, die Sicherheit potenzieller pharmakologischer Behandlungen, sowie Folgeschäden des Substanzgebrauchs zu beurteilen. Tests auf Infektionskrankheiten, einschließlich HIV- und Hepatitis-Screening, sollten angeboten werden. Ein umfassender Urin-Drogentest, einschließlich synthetischer und halbsynthetischer Opioide, kann zur Bestätigung des jüngsten Substanzkonsums beitragen und Substanzen aufdecken, über die ein Patient oder eine Patientin nicht berichtet hat.

Die Beurteilung des Entzugsrisikos eines Patienten oder einer Patientin und die sofortige Behandlung der Symptome haben klinische Priorität. Es wurde gezeigt, dass ein suboptimales Entzugssymptom-Management ein wichtiger Grund ist, ein Krankenhaus gegen ärztlichen Rat zu verlassen. Es folgt eine Beschreibung verschiedener Entzüge und verschiedener Konsumstörungen: Es wurde nachgewiesen, dass ACS es ermöglichen Patienten und Patientinnen erfolgreich zu betreuen, evidenzbasierte Suchtbehandlung anzubieten und den Übergang von Patienten und Patientinnen von akuten zu ambulanten Behandlungsumgebungen zu unterstützen. Zukünftige Überlegungen: Stationäre Leistungen allein reichen für die Behandlung von SUD Patienten und Patientinnen nicht aus, da robuste und verfügbare ambulante Leistungen zur Verknüpfung für den Erfolg aktueller Consult-Servicemodelle von entscheidender Bedeutung zu sein scheinen.

Zusammenfassung des Fachartikels 5: The Alcohol-Dependent Patient in Hospital: Challenges for Nursing

Definition: Alkoholabhängigkeit ist eine pathologische Abhängigkeit, die sich in der Wahl der Getränke und dem Timing des Trinkens unterscheiden kann.

Neurobiologie des Alkohols: Ob eine Person eine geringe Abhängigkeitstoleranz hat, scheint multifaktoriell zu sein. Sucht- oder Drogenmissbrauchsstörungen sind häufiger bei Individuen mit Stimmungs- und Angststörungen, Schizophrenie und Störungen mit dem Neurotransmitter Dopamin. Alkoholtrinken erhöht die Dopamin-Ausschüttung. Dies führt zu Stimmungsaufhellung und Euphorie. Abrupte Beendigung von längerem Alkoholkonsum resultiert im Gehirn eine Übererregbarkeit. Alkoholentzugssyndrom tritt nach etwa 5-10 Stunden des letzten Konsums auf. Häufige Entzugssymptome sind: Tremor der Hände, Unruhe, Angst, Übelkeit und Erbrechen, Überaktivität des autonomen Nervensystems, einschließlich Schwitzen, Tachykardie, Tachypnoe, Bluthochdruck, steigende Körpertemperatur und Schlaflosigkeit. Delirium tremens ist eine Folge von intensivem Alkoholentzug, gekennzeichnet durch Desorientierung und globale Verwirrung, Aufregung, starkes Zittern, Inkontinenz und beängstigend visuelle Halluzinationen. Der Zustand beginnt normalerweise 3-5 Tage nach dem letzten Trinken. Delirium Tremens kann tödlich sein. Epilepsie, retrograde Amnesie, Hypertonie, Hyperlipidämie, Herzrhythmusstörungen, Myopathie, Lebererkrankung, Ulkus-Krankheit oder kann die erste physische Indikation sein von Alkoholmissbrauch. Trinken verursacht zudem Mangelernährung.

Bewertung und Identifizierung der alkoholabhängigen Patienten und Patientinnen: Viele Patienten und Patientinnen werden zur Behandlung anderer Erkrankungen ins Krankenhaus eingeliefert, haben aber zusätzlich ein Alkoholproblem oder eine Alkoholabhängigkeit. Die Geschichte des Alkoholkonsums kann durch die Krankengeschichte bekannt sein, oft ist sie jedoch nicht bekannt. Die Erkennung des Alkoholproblems ist wichtig, um die Genesung des Patienten oder der Patientin zu planen. Durch die charakteristische Verleugnung, Vergiftung, Gedächtnisstörungen, Angstzustände, Verwirrung, oder Orientierungslosigkeit des Patienten oder der Patientin, kann es für das Pflegepersonal schwierig sein, die Krankheitsgeschichte genau zu erfassen. Wichtige Informationen: die geschätzte Menge und Dauer des Alkoholkonsums und Zeitpunkt des letzten Getränks, Informationen zu früheren Versuchen bei der Entgiftung (einschließlich Komplikationen, wie Anfälle und Halluzinationen), andere gesundheitliche Probleme und aktuelle Medikamente oder andere Drogen. Die körperliche Untersuchung ist bei alkoholabhängigen Patienten und Patientinnen nicht aussergewöhnlich ausser sie befinden sich im Entzug, sind betrunken oder konsumieren chronisch sehr viel und schon lange Alkohol. Während eines Entzuges kann eine CIWA-Skala verwendet werden, um die Stärke des Entzuges einzuschätzen. Während des Entzuges ist es wichtig die Patienten und Patientinnen zu motivieren und ihnen Medikamente zur Verringerung der Symptome zu verabreichen. Zudem sollte eine Pflegefachperson die Entzugssymptome eines alkoholkranken Patienten oder Patientin kennen und Massnahmen einleiten können.

Pflege: Gut beleuchteter Raum, ruhige/ beruhigende Umgebung, Management des Flüssigkeitsdefizits, Unterstützung einer normalen Ernährung sobald die Übelkeit und das Erbrechen vorbei ist, regelmässige Überwachung, kurze Beratungsinterventionen von 10–15 Minuten mit Rückmeldung über Trinken, Ratschläge und Zielsetzung, Planung für die weitere Pflege.

Obwohl sich das Verständnis von Drogenmissbrauch verbessert hat, besteht die Tendenz der Stigmatisierung durch das Fachpersonal. Auch kann Unwissenheit oder das Gefühl sich nicht zuständig zu fühlen bei den Pflegefachpersonen auftreten. Um den Umgang mit diesen Patienten und Patientinnen zu verbessern, muss man erkennen, dass das Alkoholproblem meint ein Symptom eines grösseren Problems darstellt, man muss bereit

sein sie zu motivieren und unterstützende Gespräche anzubieten. Das Pflegefachpersonal im Spital kann den Patienten und Patientinnen helfen, an eine geeignete Fachstelle zu gelangen.

Zusammenfassung des Fachartikels 11: Harm reduction in hospitals

Der Artikel befasst sich mit Schadensminderung bei Drogenkonsumenten (People who use drugs = PWUD) in stationären Einrichtungen. Die Autoren heben die ihnen wichtigsten Möglichkeiten der Schadensminderung hervor, die ihrer Meinung nach vom Gesundheitspersonal in Betracht gezogen werden sollte. Sie appellieren daran, weitere Forschung zu betreiben, um diese zu belegen. Diese Möglichkeiten zur Schadensminderung teilten sie in drei Gruppen auf:

1) Interventionen, die aufgrund einer starken Evidenzbasis oder zwingender ethischer Argumente sofort umgesetzt werden sollten

2) Interventionen, für die es eine solide Evidenzbasis in der Bevölkerung gibt, die jedoch nicht ausreicht, um sie in Krankenhäusern umzusetzen.

3) Interventionen, für die eine Unsicherheit oder Kontroverse besteht, sodass vor der Implementierung zusätzliche klinische Forschung erforderlich ist (zukünftige Richtungen für die Forschung)

1) Sofort umzusetzende Interventionen sind destigmatisierende Massnahmen (Aufklärung des Personals) und eine rechtzeitige/zügige Überweisung an stationäre Suchtberatungsdienste, wobei beschrieben wird, dass dies aufgrund der Einstellung des richtigen Ersatzstoffes vonnöten ist („Dementsprechend ist Methadon möglicherweise wirksamer für Patienten und Patientinnen, die weiterhin nicht verschriebene Opiode zur Behandlung von Cravings, Entzug und Schmerzen in Krankenhäusern verwenden“). Suchtberater und Suchtberaterinnen können über geeignete Opioiddosierungen und Alternativen ohne Opiode beraten. Zudem bieten sie Beratung zu evidenzbasierten Verhaltenstherapien, Förderung der Bewältigungsfähigkeiten etc.

2) Interventionen, die weitere Forschung für die Krankenhausumgebung erfordern, sind:

-verschreibungspflichtigen Opiode -> Studien zeigen, dass Patienten und Patientinnen, die nicht auf eine standard-medikamentös unterstützte Therapie ansprechen, von der Verabreichung von oralen und möglicherweise intravenösen Opioiden profitieren können

-das Bereitstellen von Geräten für den sterilen Drogenkonsum -> Das Verwenden von sterilen Nadeln, Spritzen und anderem Sterilgut für den Drogenkonsum verringert das Risiko sich mit durch Blut übertragenen Infektionen anzustecken. Nadel- und Spritzenprogramme die dies in der Gesellschaft tun, sind weit verbreitet. Da einige Patienten und Patientinnen auch im Spital weiterhin konsumieren, ist es sinnvoll, ihnen das Material auch dort zur Verfügung zu stellen. Zudem können sie in diesem Umgang geschult werden.

-die Verbesserung der Pflegeerhaltung und Kontinuität bei der Entlassung -> Die Entlassung von Patienten und Patientinnen kann besondere Herausforderungen mit sich bringen, da diese möglicherweise obdachlos oder instabil sind und viele möglicherweise nur über geringe soziale Unterstützung verfügen. Der Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung sollte erleichtert werden. Häufig verlassen PWUDs aufgrund von Diskriminierung des Gesundheitspersonals, Cravings oder Entzug das Krankenhaus frühzeitig gegen ärztlichen Rat.

3) Als zukünftige Richtung für die Forschung schlagen die Autoren die Behandlung von Infektionen mit Antibiotikum via PICC vor.

Behandlungsverträge können aus Sicht der Autoren schädlich sein. Ärzte seien häufig ethnisch oder logistisch nicht in der Lage diese durchzusetzen. Die Verträge können sich negativ auf die Beziehung auswirken und Stigmatisierung verstärken. Als Alternative schlagen die Autoren einen Dialog mit Patienten und Patientinnen vor, an dem möglicherweise Mediatoren und Peers beteiligt sind. Die Autoren halten das Belegen der Wirksamkeit der Behandlungsverträge vor deren weiteren Verwendung für gerechtfertigt.

Kritische Würdigung der Fachartikel nach CASP

Systematic Review Checklist:		
Motivational Interviewing (Fachartikel 2)		
Section A: Are the results of the review valid?		
1. Did the review address a clearly focused question?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: -
2. Did the authors look for the right type of papers?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: -
Is it worth continuing?		
3. Do you think all the important, relevant studies were included?	Yes () Can't tell (X) No ()	Comments: Die Liste der Referenzen scheint im Vergleich zum Umfang des Fachartikels eher kurz.
4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies	Yes () Can't tell (X) No ()	Comments: Dies wird von den Autoren nicht erwähnt.
5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?	Yes () Can't tell (X) No ()	Comments: Es wurden praktisch keine Resultate kombiniert.
Section B: What are the results?		
6. What are the overall results of the review?	Comments: Obwohl motivierende Interviews nicht weit verbreitet sind, haben sie grosses Potenzial bei der Interaktion mit substanzmittelabhängigen Patienten und Patientinnen	
7. How precise are the results?	Comments: Es ist präzise aufgeführt und gut verständlich erklärt.	
Section C: Will the results help locally?		
8. Can the results be applied to the local population?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: -
9. Were all important outcomes considered?	Yes () Can't tell () No (X)	Comments: Auf das typisch manipulative Verhalten von substanzmittelabhängigen Personen wird nicht eingegangen, sondern es werden nur perfekte Kommunikationsbeispiele demonstriert.
10. Are the benefits worth the harms and costs?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: Es werden wichtige und in der Praxis gut anwendbare Kommunikationstechniken vorgestellt, die viel bewirken können.

Systematic Review Checklist:		
How to Address Methamphetamine Abuse in the United States (Fachartikel 3)		
Section A: Are the results of the review valid?		
1. Did the review address a clearly focused question?	Yes (X) Can't tell ()	Comments: -

	No ()	
2. Did the authors look for the right type of papers?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: -
Is it worth continuing?		
3. Do you think all the important, relevant studies were included?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: Die Autoren benutzten Wissen aus der aktuellen Forschung und kombinierten dieses umfangreich und sinnvoll.
4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies	Yes () Can't tell (X) No ()	Comments: Dies wird von den Autoren nicht erwähnt.
5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: -
Section B: What are the results?		
6. What are the overall results of the review?	Comments: Pflegefachpersonen müssen bei methamphetaminabhängigen Personen emotionale, physische und psychische Interventionen anwenden können.	
7. How precise are the results?	Comments: Die Resultate werden sehr präzise aufgezeigt und in sinnvollen Zusammenhängen vorgestellt.	
Section C: Will the results help locally?		
8. Can the results be applied to the local population?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: Die Resultate sind sehr allgemein und grundlegend gehalten.
9. Were all important outcomes considered?	Yes (...) Can't tell (X) No ()	Comments: Alle möglichen Outcomes können nicht abgedeckt werden, doch die wichtigsten werden aufgegriffen.
10. Are the benefits worth the harms and costs?	Yes () Can't tell (X) No ()	Comments: Dies wird nicht angesprochen, es werden jedoch gut verwendbare Resultate vorgestellt.

Systematic Review Checklist:		
Inpatient Addiction Consult Service (Fachartikel 4)		
Section A: Are the results of the review valid?		
1. Did the review address a clearly focused question?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: -
2. Did the authors look for the right type of papers?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: Die verwendeten Quellen sind aufgeführt und erscheinen sinnvoll gewählt.
Is it worth continuing?		
3. Do you think all the important, relevant studies were included?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: Durch die grosse Anzahl der aufgeführten Referenzen kann angenommen werden, dass die wichtigste Literatur inkludiert wurde.

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies	Yes () Can't tell () No (X)	Comments: Dies wurde nicht aufgeführt.
5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: Die verwendete Literatur wurde miteinander verknüpft und teilweise mehrere Literaturangaben gemacht.
Section B: What are the results?		
6. What are the overall results of the review?	Comments: Mögliche Fragestellungen, die es der Fachperson erleichtern soll, die wichtigsten Aspekte der Substanzabhängigkeit zu ermitteln. Zudem die unterschiedlichen Entzugsarten und der Umgang damit.	
7. How precise are the results?	Comments: Dies kann nicht beurteilt werden, da in diesem Fachtext keine Zahlenangaben gemacht werden.	
Section C: Will the results help locally?		
8. Can the results be applied to the local population?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: Die beschriebenen Interventionen könnten direkt in die Praxis umgesetzt werden.
9. Were all important outcomes considered?	Yes () Can't tell (X) No ()	Comments: Der Fachartikel ist nicht als Systematic Review verfasst. Somit ist es schwer zu sagen ob alle Resultate gut aufgeführt sind.
10. Are the benefits worth the harms and costs?	Yes () Can't tell () No (X)	Comments: Es werden keine Risiken und Kosten des Fachtextes aufgezeigt.

Systematic Review Checklist:		
The Alcohol-Dependent Patient in Hospital: Challenges for Nursing (Fachartikel 5)		
Section A: Are the results of the review valid?		
1. Did the review address a clearly focused question?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: Die Resultate, welche von Studien stammen, sind valide und präzise formuliert.
2. Did the authors look for the right type of papers?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: Die Autoren verwendeten jegliche Arten von Quellen, nicht nur Studien.
Is it worth continuing?		
3. Do you think all the important, relevant studies were included?	Yes () Can't tell (X) No ()	Comments: Der Fachartikel stammt aus dem Jahr 2012 es könnte sein, dass es unterdessen noch mehr relevante Literatur zu dieser Thematik gibt.
4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies	Yes () Can't tell () No (X)	Comments: Da es sich um einen Fachartikel handelt, wurde die Qualität der Studien, welche inkludiert wurden, nicht angegeben.
5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: -
Section B: What are the results?		

6. What are the overall results of the review?	Comments: Definitionen und Auswirkungen des Alkohols, die Neurobiologie des Alkohols, Gesundheitliche Risiken des übermässigen Alkoholkonsums, verschiedene Assessments, die bei der Entdeckung des übermässigen Alkoholkonsums und dessen Behandlung hilfreich sein können, und sonstige pflegerische Interventionen, die sich beim Alkoholkonsum als nützlich erwiesen haben.	
7. How precise are the results?	Comments: Die Resultate sind als Fachartikel formuliert und nicht sehr präzise.	
Section C: Will the results help locally?		
8. Can the results be applied to the local population?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: Der Fachartikel handelt von der amerikanischen Bevölkerung. Da die Alkoholproblematik mit der westlichen Medizin in allen Ländern gleich behandelt werden kann, kann dies sehr gut auf die Schweizer Bevölkerung angewandt werden.
9. Were all important outcomes considered?	Yes () Can't tell (X) No ()	Comments: Der Fachartikel ist nicht als Systematic Review verfasst. Somit ist es schwer zu sagen ob alle Resultate gut aufgeführt sind.
10. Are the benefits worth the harms and costs?	Yes () Can't tell (X) No ()	Comments: Es werden keine Risiken und Kosten des Artikels aufgezeigt.

Systematic Review Checklist:		
Harm reduction in hospitals (Fachartikel 11)		
Section A: Are the results of the review valid?		
1. Did the review address a clearly focused question?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: -
2. Did the authors look for the right type of papers?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: Die verwendeten Quellen sind aufgeführt und erscheinen sinnvoll gewählt.
Is it worth continuing?		
3. Do you think all the important, relevant studies were included?	Yes () Can't tell (X) No ()	Comments: Vom Umfang der Referenzen her stellt sich die Frage, ob noch mehr Literatur hätte inkludiert werden können.
4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies	Yes () Can't tell () No (X)	Comments: Wird nicht thematisiert, da es sich um ein Fachartikel handelt.
5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?	Yes () Can't tell (X) No ()	Comments: Aus den Literaturangaben lässt sich kaum herauslesen, inwiefern Resultate kombiniert wurden.
Section B: What are the results?		
6. What are the overall results of the review?	Comments: Es werden verschiedene Methoden zur Schadensminderung in Spitälern aufgezeigt, bei manchen von ihnen handelt es sich erst um eine Empfehlung zur weiteren Forschung.	

7. How precise are the results?	Comments: Manche Resultate sind sehr präzise und praxisnah aufgeführt, bei anderen handelt es sich erst um eine Empfehlung zur weiteren Forschung.	
Section C: Will the results help locally?		
8. Can the results be applied to the local population?	Yes (X) Can't tell () No ()	Comments: Einige Resultate können direkt in der Praxis angewandt werden.
9. Were all important outcomes considered?	Yes () Can't tell (X) No ()	Comments: Es handelt sich bei diesem Fachartikel um eine nicht abschliessende Liste.
10. Are the benefits worth the harms and costs?	Yes () Can't tell (X) No ()	Comments: Es werden keine Risiken und Kosten des Fachartikels aufgezeigt.